UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 25

FACULTÉ DE MÉDECINE

LE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE EN ALGÉRIE

LE TRAITEMENT PAR LES ABCÈS DE FIXATION

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Décembre 1910

PAR

Louis CHAUVIN

Né à Tunis, le 4 juin 1884
Ancien externe des hôpitaux d'Alger
Mention honorable des épidémies

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse CARRIEU, Professeur, *Président.*
BAUMEL, Professeur
LAGRIFFOUL, Agrégé
LEENHARDT, Agrégé
Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14
1910

LE

TYPHUS EXANTHÉMATIQUE EN ALGÉRIE

Le traitement par les abcès de fixation

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 25

FACULTÉ DE MÉDECINE

LE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE EN ALGÉRIE

LE TRAITEMENT PAR LES ABCÈS DE FIXATION

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Décembre 1910

ACAD. LUGD.BAT. BIBL.

PAR

Louis CHAUVIN

Né à Tunis, le 4 juin 1884
Ancien externe des hôpitaux d'Alger
Mention honorable des épidémies

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse : CARRIEU, Professeur, *Président.* — BAUMEL, Professeur — LAGRIFFOUL, Agrégé — LEENHARDT, Agrégé — *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14
1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseigt de pathol. et thérap. génér
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé libre.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LAGRIFFOUL.	MM. DERRIEN.
VEDEL.	LEENHARDT.	DELMAS (Paul).
POUJOL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.

Examinateurs de la thèse :

MM. CARRIEU, *président.*	MM. LAGRIFFOUL, *agrégé.*
BAUMEL, *professeur.*	LEENHARDT, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR HENRI CHAUVIN

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MA MÈRE

Je dédie ce modeste travail, pieux hommage d'infinie reconnaissance pour les lourds sacrifices qu'elle dut s'imposer pour moi.

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

A MA NIÈCE, A MON NEVEU

L. CHAUVIN.

A MES ONCLES

A MES TANTES

A MON COUSIN GERMAIN
LE DOCTEUR HENRI DECHENNE

A MES COUSINES, A MES COUSINS

MEIS ET AMICIS

L. CHAUVIN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARRIEU

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

LAGRIFFOUL ET LEENHARDT

L. CHAUVIN.

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR MORSLY
MÉDECIN DE L'HÔPITAL CIVIL DE CONSTANTINE

L. CHAUVIN.

AVANT-PROPOS

Nous voici arrivé à la fin de nos études médicales, et au moment de terminer notre vie d'étudiant, il est pour nous un devoir de venir offrir à tous ceux qui, de près ou de loin, ont bien voulu s'intéresser à nous, l'expression de notre vive reconnaissance.

A la mémoire de mon père, que nous eûmes la douleur de perdre au début de nos études, à ma mère dont la bonté pour nous fut inépuisable, à mon frère, à ma sœur, je dédie mon modeste travail.

Nous tenons à remercier M. le professeur Carrieu pour le grand honneur qu'il nous fait de vouloir bien présider notre thèse ; que MM. les professeurs Baumel, Lagriffoul, Léenhardt reçoivent l'expression de notre gratitude.

Nous gardons le meilleur souvenir des études médicales que nous fîmes auprès de la Faculté de médecine d'Alger et de l'hôpital civil de Mustapha ; nous saluons la mémoire des regrettés professeurs Cochez et Scherb ; nous remercions MM. les professeurs Ardin-Delteil, Crespin,

Rey, Rouvier, Sabadini aux services desquels nous fûmes attaché.

Enfin nous tenons à remercier MM. les docteurs Morsly et Martin, chefs de services à l'hôpital de Constantine, qui se montrèrent pour nous si bienveillants, lors du séjour que nous fîmes à l'hôpital de Constantine au cours de l'épidémie de typhus de 1910.

LE

TYPHUS EXANTHÉMATIQUE

EN ALGÉRIE

Le traitement par les abcès de fixation

INTRODUCTION

Envoyé de l'hôpital civil de Mustapha, pour assurer, en qualité d'interne, le service d'une épidémie de typhus exanthématique, au lazaret de l'hôpital de Constantine, nous fûmes à même, durant notre séjour de quelques mois dans cette ville, d'étudier de très près l'affreuse maladie qui sévissait alors avec intensité sur toute l'Afrique du Nord.

Les origines, l'étiologie, la symptomatologie, la prophylaxie et le traitement du typhus exanthématique, notamment dans leurs rapports avec l'épidémie à laquelle nous avons assisté, sont autant de questions qui soulevèrent spécialement notre attention et furent pour nous du plus haut intérêt.

La propagation du typhus par l'intermédiaire des parasites cutanés est une question à l'ordre du jour. Les travaux de Nicolle et de l'institut Pasteur de Tunis ont été suivis à l'hôpital de Constantine avec un intérêt tout spécial ; aussi citerons-nous dans cette thèse les résultats des expériences tentées au lazaret de Constantine par MM. les médecins-majors Pignet et Cathoire qui, jointes à l'importante découverte de Nicolle, ont contribué à jeter un jour nouveau sur cette question si importante pour nos pays, de la propagation du typhus par les poux.

Enfin, suivant les conseils éclairés de notre distingué et dévoué chef de service, M. le docteur Morsly, chef du service du lazaret de l'hôpital de Constantine, nous pûmes étudier particulièrement les effets d'une nouvelle méthode thérapeutique, qui, expérimentée pour la première fois dans son service, nous intéressa autant par sa grande simplicité que par ses heureux résultats et son incontestable efficacité.

C'est ainsi que, grâce à la confiance que nous témoigna notre excellent maître, et la grande initiative qu'il nous laissa toujours, il nous a été possible de puiser dans un champ d'observations si vaste le sujet de ce travail de thèse dont nous allons donner aussitôt un aperçu général.

Après un rapide exposé historique concernant plus spécialement l'épidémie de typhus exanthématique qui fit en 1909 et 1910 de grands ravages en Algérie et en Tunisie, nous traiterons rapidement l'étiologie générale et les causes spéciales qui ont présidé à l'éclosion du foyer épidémique de Constantine. Nous exposerons ensuite la symptomatologie parfois toute spéciale que nous présentèrent nos nombreux malades. Indiquant

ensuite les mesures de prophylaxie que nous avons prises et celles qu'il faut édicter pour parer aux dangers de contamination et de propagation de la maladie, nous passerons à cette question importante du traitement du typhus exanthématique. Mettant en parallèle les divers essais thérapeutiques tentés jusqu'ici, nous exposerons la méthode si simple et si efficace, du traitement par les abcès de fixation.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE ET STATISTIQUE

Le typhus est à l'état endémique en Algérie comme dans toute l'Afrique du Nord. En Tunisie, les statistiques officielles signalent chaque année, au printemps, de nouveaux cas ; mais, limités aux agglomérations où le germe de la maladie trouve dans l'encombrement, le manque d'hygiène et de propreté, un milieu favorable pour se développer, le typhus exanthématique ne sévit dans la grande majorité des cas que dans les prisons, les grands chantiers et les grandes exploitations minières.

Le germe ne se développant alors que dans une population sédentaire, loin généralement des grands centres, des grandes voies de communication, naît et s'éteint sur place pour ainsi dire jusqu'au moment propice où il trouvera, à la suite de certaines conditions réunies naturelles et matérielles, l'occasion de se développer avec plus d'intensité et de virulence et d'engendrer alors de redoutables épidémies.

Et alors, si l'on ne s'arme pas aussitôt des mesures de prophylaxie nécessaires, si l'on ne peut enrayer l'exode des populations indigènes chassées par la faim, les privations et la misère, consécutives aux années de mau-

vaise récolte; si l'on n'essaie pas de secourir immédiatement ces tribus entières quittant leur « bled » pour aller chercher du pain dans les grands centres et les villes du littoral, on verra alors éclore avec une rapidité foudroyante, contre lesquels il est difficile de lutter, de grands foyers d'épidémie. Les quelques cas d'abord isolés et inaperçus feront tache d'huile, les premiers Européens en contact avec les indigènes ne tarderont pas à contracter la maladie; l'épidémie se généralisera et il faudra alors plusieurs mois de lutte pour arriver à enrayer un véritable fléau.

Et c'est ainsi que l'on a pu reconstituer, en Algérie comme en Tunisie, les origines, la marche, l'extension rapide des diverses épidémies de typhus exanthématique signalées ces dernières années dans nos pays, et que l'on peut s'expliquer maintenant le développement rapide que prend souvent la maladie endémique la veille, fortement épidémique quelques jours après.

Nous retrouvons bien dans l'histoire cet ensemble de conditions propres à faciliter les recrudescences épidémiques, souvent très meurtrières, du typhus exanthématique. C'était comme on l'appelait alors « le typhus des camps, des prisons, des vaisseaux ». C'est bien le typhus que nous décrit Frascator, l'historien des épidémies italiennes de 1505 et 1508; c'est aussi le typhus qui décime les armées de Charles-Quint à Metz. Au XVII[e] siècle, il sévit aussi pendant la Guerre de 30 ans, en Angleterre. Les guerres de la Révolution et de l'Empire, la fin de la guerre d'Italie, le siège d'Amiens, la campagne de Crimée, Zurich, Bruxelles en 1845, Strasbourg en 1854, les bagnes de Toulon en 1855, voient éclore de violentes épidémies.

Pendant la guerre russo-turque, sur les bords du

Danube, l'armée d'invasion perd le tiers de son effectif, du typhus.

De nos jours, l'Islande et la Silésie sont, en Europe, deux foyers principaux. L'Angleterre doit à son voisinage de l'Islande de fréquentes épidémies. On a signalé dernièrement un réveil épidémique dans les prisons de la garnison de Strasbourg. A Pékin, enfin, le médecin-major Matignon a observé, il y a quelques années, une épidémie de typhus qui fit un nombre incroyable de victimes.

Le typhus a été observé en France également; en Bretagne on l'a signalé quelquefois; enfin, nous voyons en 1893 et 1894 éclore dans le Nord un commencement d'épidémie; de nombreux cas sont successivement signalés à Lille, Abbeville, Amiens, le Havre et Paris.

Après cet exposé ayant trait à l'épidémiologie européenne, voyons maintenant, ce qui nous intéresse plus particulièrement, à quelle époque le typhus exanthématique a sévi dans nos pays d'Algérie et de Tunisie.

Les premiers travaux importants que nous puissions consulter à ce sujet datent de 1868. Deux médecins militaires, Périer et Vital, font paraître dans le recueil des *Mémoires de médecine militaire* de l'année 1869, une étude très approfondie et admirablement documentée de l'épidémie qui avait sévi en 1867 et 1868 sur toute l'Algérie, principalement sur la Kabylie et le département de Constantine, et qui s'étendit même jusqu'en Tunisie.

En 1861 et 1862 déjà de nombreux cas étaient signalés dans la région de Bougie et dans la région de Constantine. L'épidémie s'étend en même temps qu'apparaissent la scarlatine et le choléra.

En 1867, la famine menace toute la région du Sud,

les indigènes avaient subi quelques années de mauvaise récolte, une invasion de sauterelles était venu accroître leur grande misère. Les prisons, les dépôts, les bouges regorgeaient d'une population misérable et malpropre. Des bandes d'Arabes faméliques chassés des hauts plateaux et des régions du Sud par le froid et la misère remontent et accourent vers le Centre, demandant des secours. La variole, la dysenterie font en même temps de nombreuses victimes. Le typhus apparaît, le germe ainsi semé se répand avec une rapidité effrayante ; les descriptions du médecin inspecteur Périer et du médecin principal Vital nous montrent l'état misérable de ces malheureux décimés par la faim et la maladie, se pressant dans les rues. Des secours sont organisés, mais ils sont précaires et donnés dans des conditions défectueuses. On entasse les pauvres gens dans des fondouks, dans des locaux obscurs, mal aérés, où le typhus ne tarde pas à se manifester sous une forme particulièrement virulente et meurtrière. Dès lors, le typhus restera endémique à Constantine. En 1881 et 1882 de nouveau, les Juifs du Ghetto sont surtout atteints et contagionnent à l'hôpital de Constantine plusieurs infirmiers ; le personnel hospitalier (médecin, sœurs) est atteint à son tour.

Le département de Constantine, le moins favorisé on le sait de l'Afrique du Nord, subira dans les années qui suivent de fréquentes petites épidémies. En 1894 et 1898 la région immédiate de Constantine, en 1902 Batna, Lambèse, Bone, sont sérieusement éprouvés.

Dans le département d'Alger, c'est la Kabylie qui constitue aussi le foyer le plus dangereux. En 1891, 31 cas, en 1894, 206 cas sont signalés. Fort National, en 1903, subit une épidémie importante.

C'est à son voisinage de la Kabylie qu'Alger doit les cas de typhus signalés dans la haute ville ; rares à certaines époques, ils se multiplient souvent, et donnèrent ainsi lieu aux fortes épidémies de 1894, 1898, 1903, 1907 et enfin plus récemment 1909 et 1910.

De 1903 à 1907, les statistiques de l'ambulance d'El Kettar, annexe de l'hôpital civil de Mustapha, ne dépassent pas le chiffre de 14 pour les cas déclarés, et de 8 pour les décès. Le typhus semble après définitivement enrayé lorsqu'en 1909, au printemps, brusquement des cas apparaissent et en peu de temps une épidémie redoutable se déclare avant que l'on songe même à prendre les mesures nécessaires. A la fin de l'été le typhus perd du terrain, mais en 1910 les cas encore signalés que l'on croyait simplement isolés dans la population indigène de la haute ville, augmentent encore ; un réveil épidémique se produit et la population européenne est atteinte. Et c'est à cette époque, mai 1910, à notre retour de Constantine où l'épidémie était à son déclin, que nous avons eu la douleur de perdre un de nos maîtres les plus distingués et les plus aimés, le regretté professeur Scherb.

Nous qui l'avons veillé peu avant sa mort, nous qui avons vu s'éteindre, avec nos camarades dévoués et nos maîtres impuissants, cette belle intelligence, nous nous faisons un devoir de saluer ici la mémoire vénérée de celui qui fut pour nous un maître si aimable, un professeur si écouté.

Le docteur Gardon, médecin communal de la ville d'Alger, qui fut notre interne lorsque nous commençâmes nos études à l'hôpital de Mustapha, nous donne dans son rapport sur l'épidémie de typhus qu'il a observée à Alger, les chiffres suivants :

De mars à juillet 1909, 212 cas.

D'après les déclarations faites à la mairie d'Alger, il relate 346 cas, se décomposant ainsi :

87 européens ;
22 israélites ;
237 indigènes.

67 décès se sont produits dont :

18 européens ;
4 israélites ;
45 indigènes.

Mortalité globale 19,5 °/₀ :

18 °/₀ indigènes ;
22,9 européens.

De janvier à août 1910, une nouvelle statistique du docteur Gardon donne 204 cas :

19 européens ;
15 israélites ;
170 arabes.

Un total de 361 cas fut déclaré pour la même période à la mairie d'Alger :

72 européens ;
19 israélites ;
270 arabes.

Comparons à ces chiffres, la statistique que nous avons donnée nous-même, pour les malades en traitement au lazaret de l'hôpital de Constantine de janvier à août 1909 :

388 cas dont 32 européens,
88 décès soit 22,7 p. 100 de mortalité globale.

Il y a eu parmi les européens 9 décès, ce qui donne une mortalité de 28,2 p. 100 pour l'élément européen. Parmi le personnel traitant du lazaret, il y a eu 6 infirmiers, 1 infirmière et 2 religieuses atteints.

3 infirmiers ont succombé. De septembre à janvier et de janvier à mars, époque à laquelle nous assurâmes le service du lazaret, notre statistique nous donne les chiffres suivants :

66 cas dont

7 européens et 1 infirmier,
15 israélites,
33 indigènes.

16 décès se sont produits. Il est à remarquer que c'est dans cette dernière période de l'épidémie que nous avons traité les typhiques par la méthode des abcès de fixation, et parmi ces décès, 6 ne peuvent être compris dans la statistique vraie de mortalité, puisqu'ils ont été amenés au lazaret in extremis.

La mortalité s'abaisserait donc à 16,9 p. 100 et il est intéressant de comparer ce chiffre à celui de la mortalité durant l'épidémie de janvier-août 1909, qui s'éleva à 27,7 p. 100. C'est pendant cette période que l'on traita les typhiques par les bains et les antithermiques. — En même temps qu'à Constantine, de nombreux cas sont signalés dans le département dans les territoires du Sud, à Tougourt, Bou Saada, dans la région des Zibans, à Batna, Sétif, Tebessa, Soukahras et surtout à Bône. Dans cette dernière ville on note 229 cas dont 29 décès.

On signale aussi le typhus dans le département d'Oran, à Tlemcen notamment.

Signalons enfin l'épidémie de typhus de Mazagan sur la côte marocaine. Le docteur Herzen, dans la Revue médicale de la Suisse romande, nous en donne une relation détaillée.

Voyons maintenant, pour terminer cette étude de statistique, avec quelle intensité le typhus a sévi sur

la Tunisie. Vu le voisinage immédiat du département de Constantine, et les relations intenses qui unissent ces deux pays, nous retrouvons en Tunisie la répercussion des épidémies qui éclatèrent en Algérie. Des épidémies de typhus eurent lieu en Tunisie en 1868, 1881, 1884, 1894, 1898, 1903, 1906, 1908. Enfin les fortes épidémies de 1909 et de 1910 firent dans notre pays de grands ravages.

C'est à la fin de 1909 que les premiers cas apparaissent, importés vraisemblablement d'Algérie. Les chantiers de construction des lignes de chemins de fer du Nord et du Centre, les exploitations minières que les nomades du Sud avaient gagnées pour trouver du travail, voient en peu de temps se développer une épidémie qui s'étend rapidement. Les chantiers de Beja, de Mateur, les marchés de Souk el Arba, Souk el Khemis, les mines de Kalaa-Djerda et Kalaat es Senam, du Kef, de Metlaoui voient éclore le typhus.

De là le fléau rayonne vers le Nord, Bizerte, Tunis d'une part, vers le Sahel, Sousse et Sfax de l'autre.

On peut évaluer, dit la statistique du docteur Comte, chef du bureau municipal d'hygiène de Tunis, à 4000 le nombre de cas observés, dont 836 pour Tunis même. 276 décès se sont produits dans la capitale. La répartition par nationalités donne :

Européens 63 cas, 16 décès ;

Musulmans et israélites 772 cas, 224 décès.

Nous avons tenu à donner tous ces chiffres pour montrer quelle a été l'importance dans nos pays, des épidémies de 1909 et 1910. L'enseignement que nous devons tirer de cette statistique est précieux ; les

chiffres sont par eux-mêmes suffisamment éloquents pour nous prouver la nécessité d'un contrôle sanitaire rigoureux, destiné à empêcher ou à prévenir l'allure épidémique de cette maladie, qui peut trouver facilement l'occasion de se réveiller envahissante et meurtrière.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

Dans cette seconde partie de notre travail, nous allons donner une relation générale de l'épidémie de typhus, telle que nous l'avons observée au lazaret de l'hôpital de Constantine. Nous gardant bien cependant de donner une description du tableau classique de la maladie qui est si bien exposé dans les ouvrages de Dieulafoy et de Thoinot, nous voulons insister dans notre thèse sur certains points de symptomatologie qui nous ont plus spécialement frappé et qu'il paraît intéressant de noter ici.

Notons tout d'abord les nombreuses difficultés auxquelles nous nous sommes heurté pour la rédaction de nos observations ; les indigènes à qui nous avons donné nos soins nous arrivaient presque toujours en pleine évolution de la maladie. L'Arabe de plus, on le sait, redoute en général le milieu-hospitalier ; recherchés avec difficulté par la police sanitaire, les typhiques nous arrivaient prostrés, atterrés. Se renfermant dans un mutisme complet, se cachant sous leurs draps, c'est à peine si nous pouvions reconstituer à grands traits après un interrogataire pénible le début et la marche de la maladie.

Mais l'observateur rigoureux des mêmes accidents notés au cours de l'évolution morbide, l'étude synthétique des différents symptômes objectifs ou subjectifs nous ont permis, à l'aide de nos infirmiers dont le zèle, le dévouement et l'initiative furent au-dessus de tout éloge, de suppléer au fanatisme de nos malades peu aptes à s'observer eux-mêmes.

Aussi c'est très difficilement que nous avons pu être renseignés suffisamment sur les prodromes de la maladie.

Les Européens que nous avons eus en traitement, et notamment notre infirmier panseur qui fut gravement atteint, nous ont bien accusé le début brusque en pleine santé apparente, de leur maladie, le grand frisson suivi de malaises, de sensations de faiblesse, de vertiges. Le lendemain, malgré une atténuation passagère des premiers symptômes observés laissant la place à une grande lassitude, une forte fièvre s'allume atteignant aussitôt 39° et 40°.

a) *La température.* — Cette fièvre offre généralement une légère rémission matinale de quelque dixièmes de degré, le lendemain et les jours suivants ; souvent la température baisse le soir même à 37° et au-dessous, puis s'élève et se maintient en plateau pendant la période d'état. Nous donnons (Obs. 21) la courbe que nous a présenté une indigène très gravement atteint qui succomba au 15e jour. L'allure très grave de la maladie est endiguée par les grandes oscillations de la température, s'élevant à 40 et 40°5 le matin pour s'abaisser à 35° quelques heures après.

Des constatations intéressantes sur la variation de la température, et le défaut de parallélisme entre la courbe thermique et l'allure des symptômes généraux, nous ont

frappé chez plusieurs de nos malades, notamment chez une jeune femme indigène qui, après être entrée au lazaret avec une température de 38°, nous a fait rapidement une chute de sa température qui s'est maintenue au cours de l'évolution de la maladie ; le tracé thermique dont nous donnons la reproduction oscille en effet pendant une semaine entre 35°8 et 36°2. L'état de la malade fut très grave durant cette période d'apyrexie. Au bout de 8 jours, sous l'influence du traitement, un mieux progressif se produisit et la température remonta dès lors insensiblement à 37° en même temps que disparaissaient le tuphos et l'agitation nocturne, en même temps que pâlissait l'éruption et que les traitements cardiaques se renforçaient. La malade entrait alors en convalescence (Obs. 60).

Comment expliquer cette hypothermie ? Il semble en effet paradoxal que le typhus exanthématique évolue sans réaction fébrile.

On peut cependant comprendre la genèse de cet abaissement de la température, si nous admettons que le typhus étant une toxhémie, les toxines sécrétées par le virus morbide agissent sur le système nerveux central. Une inhibition des centres thermogènes peut encore nous expliquer cette hypothermie survenant au cours de la maladie. D'ailleurs n'a-t-on pas signalé aussi des cas de fièvre typhoïde apyrétique ? Il s'est produit si l'on peut dire une défervescence à rebours chez notre malade. La température en remontant a coïncidé avec l'atténuation des phénomènes morbides.

La défervescence vraie se produit ordinairement du 10e au 15e jour ; si la température se maintient en plateau, et si l'on a une forme ataxo-adynamique, sur-

veillez le cœur, craignez les accidents bulbaires, le pronostic est grave.

b) *Le pouls.* — Le pouls marche généralement avec la température; il est mou, dépressible, rarement dicrote, sa fréquence apparaît dès le début de la maladie, il bat généralement à 100-120 ; 130 et 140 dans les cas graves. Chez nos malades les plus gravement atteints, le pouls devenait imperceptible même, entraînant un pronostic sévère ; c'est la signature d'une profonde intoxication du myocarde (Obs. 61).

Nous avons constaté chez nos typhiques la faiblesse des contractures cardiaques, conséquence de la dégénérescence granulo-graisseuse du myocarde.

L'accroissement et l'irrégularité des bruits du cœur ont coïncidé chez quelques-uns de nos malades avec des troubles de la circulation périphérique. Cette parésie du cœur a été notée par nous dans tous les cas de moyenne intensité ; par les changements qu'elle apporte dans le cours de la circulation périphérique, elle occasionne un ralentissement de la circulation veineuse, d'où résulte un degré de stase partielle. C'est ainsi que nous avons observé chez plusieurs de nos malades notamment chez un vieil indigène (Obs. 65) des taches rouge-violet au niveau des pommettes, des oreilles, des ailes du nez ; ce même malade nous a d'ailleurs présenté peu après sa maladie des accidents de gangrène des extrémités.

c) *L'éruption pétéchiale.* — L'exanthème a été observé par nous sur tous nos malades ; dans quelques cas de typhus levissimus (Obs. 64) nous ne l'avons pas constatée ;

d'ailleurs certains auteurs affirment qu'il manque dans un cinquième des cas.

L'éruption apparaît généralement à la fin du premier septénaire. Chez nos malades des taches se sont montrées sur l'abdomen, puis sur les flancs et le tronc, souvent isolées, d'autres fois groupées. Dans ces quelques cas l'éruption a débuté par la région lombaire et le dos.

On a comparé l'exanthème typhique à l'exanthème rubéolique ou mieux encore aux taches rosées de la fièvre typhoïde ; disons cependant que les taches du typhus sont plus foncées ; elles sont plates, parfois saillantes et s'effaçant au doigt.

Au bout de deux ou trois jours, l'exanthème change de nature ; il s'étale et se fonce, on a alors la pétéchie rose violacée à contours diffus.

Chez les indigènes aux téguments bronzés, l'éruption pétéchiale est difficile à déceler ; cependant aux plis de flexion, au coude, à la face interne des avant-bras, nous avons pu retrouver des éléments brunâtres couleur café au lait.

Dans un cas grave qui se termina par la mort, chez une jeune fille israélite (Obs. 66), l'éruption d'abord abondante devint peu à peu confluente ; les pétéchies nombreuses couvraient le thorax, le tronc, l'abdomen et les membres, et remontaient jusqu'au cou. Cette éruption abondante semblant procéder par poussées, des éléments nouveaux apparaissant au fur et à mesure que les premières pétéchies pâlissaient, nous avait fait porter un pronostic sévère. Le typhus exanthématique se montrait bien chez cette malade sous sa forme toxhémique et hémorragipare.

Nous avons constaté chez la plupart de nos malades que l'éruption disparaissait peu à peu avec le début de

la convalescence ; cependant souvent les pétéchies ne s'effaçaient que lentement, et nous en avons retrouvé les traces chez quelques indigènes plusieurs jours encore après la guérison complète.

d) *Les symptômes digestifs.* — Les phénomènes morbides que nous avons constatés à l'examen du tube digestif étaient au début quelques vomissements, de l'anorexie, une langue chargée et de la constipation.

Peu à peu, avec l'évolution de la maladie, ces premiers symptômes se précisent et se complètent.

Les vomissements chez quelques malades n'ont pas été notés ; chez d'autres (Obs. 66) les nausées étaient continues, les boissons absorbées difficilement supportées, les vomissements étaient bilieux, verdâtres, en même temps que s'installait une diarrhée abondante. C'est là la forme que l'on rencontre dans les cas très graves, laissant alors peu d'espoir de guérison.

L'inappétenee au début chez nos malades gravement atteints a été complète. Prostrés, incapables de tout effort, ils ne voulaient pas absorber les boissons calmantes que nous prescrivions systématiquement chez nos malades. Il fallait les forcer à desserrer les dents pour leur faire avaler quelques gorgées de liquide.

L'examen de l'appareil buccal nous a montré au début une langue chargée très fortement saburrale, rouge sur les bords, sèche, fendillée. Des fuliginosités abondantes couvraient la langue et les dents.

A la fin de la période d'état, dans les cas qui se terminent heureusement, la langue devient humide et se dépouille peu à peu, la guérison est alors certaine.

Citons aussi les tremblements de la langue souvent très accentués, la parole hésitante, entrecoupée, rempla-

cée parfois par un marmottement inintelligible. C'est ce l'on remarque lorsque les phénomènes nerveux sont très marqués.

L'examen du fond de la gorge nous montre souvent une légère angine ; l'arrière-gorge présentait une rougeur diffuse, un fond vernissé. Signalons aussi une sensation pénible de sécheresse de l'arrière-pharynx accusée par nos malades.

Les auteurs classiques signalent tous comme symptôme principal de début du typhus, la constipation. Cependant nous ne l'avons pas vu prédominer toujours ; au cours de l'évolution de la maladie elle a été même souvent peu marquée, les selles étaient le plus souvent molles. Dans les cas graves la diarrhée est apparue, abondante, souvent cholériforme. C'est ce que nous avons constaté dans notre observation 66, vomissements incoercibles, bilieux, verdâtres, coïncidant avec une diarrhée abondante. Cette diarrhée est une voie d'évacuation précieuse des toxines ; mais dans tous les cas où elle a persisté et devient de plus en plus fréquente, se transformant en évacuations involontaires, séreuses, rhiziformes, le pronostic est très assombri.

A la palpation et à la percussion des viscères, nous avons trouvé un ventre souple, plus ou moins météorisé parfois.

Le foie et la rate augmentés de volume débordaient toujours le rebord des fausses côtes.

e) *Les symptômes respiratoires.* — La symptomatologie que nous a présenté l'appareil respiratoire au cours de l'évolution du typhus se réduit, en dehors de toute complication du côté du nasopharynx, à un certain degré de congestion. L'épistaxis a été notée par nous

soit au début de la maladie soit au moment de la période d'agonie (Obs. 61). Du côté du larynx, à noter une raucité particulière de la voix que les classiques rapportent à l'existence d'altérations laryngées. La respiration au cours de la période d'état est souvent inégale, suspirieuse, entrecoupée de gémissements.

Une bronchite subaiguë a été notée par nous dans la plupart des cas, se traduisant à l'auscultation par des sibilances et quelques ronchus. Elle était accompagnée d'une toux légère.

Chez quelques-uns (Obs. 67), cet état s'est peu à peu aggravé et l'inflammation s'est accentuée au point de dominer la scène, envahissant les petites bronches et dégénérant en broncho-pneumonie, qui a évolué sous la forme classique : dyspnée, râles secs au début sous-crépitants, puis muqueux, mâtité remontant à 6 travers de doigt des bases, expectoration abondante, crachats mal aérés sanguinolents.

La saison froide et humide que nous avons traversée au moment de l'épidémie de Constantine a certainement beaucoup influé sur la genèse de cette redoutable complication, pour que nous n'ayons constaté cependant que trois cas sérieux de complications broncho-pulmonaires. En tout cas, l'état très grave de ces malades au début s'est vite amélioré grâce au traitement térébenthiné ; la méthode de Fochier était ici doublement indiquée.

La broncho-pneumonie est une sombre complication on le sait du typhus exanthématique ; l'air ne pénétrant pas dans les alvéoles pulmonaires, il peut y avoir asphyxie et hypostase, aggravant sérieusement l'état des malades. Les auteurs attribuent l'origine des complications respiratoires à l'affaiblissement des contractions cardiaques comme dans la fièvre typhoïde ; aussi avons-

nous prescrit avec succès la teinture de digitale qui, jointe à la médication tonique et à la méthode révulsive, nous a donné toute satisfaction.

f) *Symptômes nerveux.* — Dans le tableau symptomatologique du typhus exanthématique, les phénomènes nerveux, par leur variété et leur importance, occupent une place intéressante.

Les phénomènes nerveux sont surtout marqués dans le deuxième septénaire ; à cette période de la maladie, l'adynamie, la stupeur sont les plus prononcées ; de plus, les allures variables que prend le typhus dans sa forme nerveuse sont alors frappantes. On a sous les yeux soit la forme adynamique, soit la forme ataxique, soit encore le plus souvent la forme ataxo-adynamique.

Le délire est plus ou moins précoce ; nous l'avons noté au cours de la période d'état jusqu'à la période de défervescence, variable dans ses allures, différent dans ses manifestations.

Chez les uns c'est un délire calme, tranquille, les malades traduisant par un marmottement inintelligible des idées incohérentes et bizarres, mélange d'impressions subjectives et objectives arrivant imparfaitement au cerveau. Le délire était accompagné de mouvements continus des bras et des mains, les malades semblaient chercher à saisir ou repousser des objets imaginaires.

D'autres nous ont présenté un délire bruyant. Criant, saisissant tout ce qui était à leur portée, menaçant leur voisin de lit ou les infirmiers. Nous avons souvent noté des impulsions locomotrices, certains malades se levaient de leur lit. Interrogés, ils répondaient qu'ils allaient voir un parent qui les

appelait ; on les ramenait sans résistance à leur lit et quelques minutes après ils s'assoupissaient. D'autres, au plus fort de leur délire, se levaient et cherchaient à s'évader des barraques de fortune que l'on avait édifiées au moment de l'épidémie grandissante. Certains ont pu même se sauver ainsi, trompant la surveillance des gardiens de nuit, dans les bois de pins qui entourent le lazaret de l'hôpital de Constantine. Un indigène réussit à franchir le cordon sanitaire militaire, par une nuit glaciale, et fut rattrappé à 200 mètres de l'hôpital. Un autre indigène, brisant une fenêtre, fut recueilli par ses infirmiers, les jambes avaient pu retenir le corps entièrement penché au dehors, et éviter ainsi une chute fatale.

A ces preuves de forte excitation nerveuse succédait momentanément une dépression complète ; puis l'agitation reparaissait et l'exaltation délirante recommençait.

L'idée de suicide, qui est encore une manifestation intéressante du délire dans le typhus, a été rarement notée par nous. Il est vrai que cette conception particulière du délire est difficilement imaginable chez l'indigène musulman. Chaque race, il nous semble, doit traduire, même au cours des grands désordres morbides, les tendances et les manifestations propres de sa mentalité. L'Arabe, dans son fatalisme, ne connaît pas le suicide, on conçoit donc bien que cette manifestation délirante ne se rencontre pas chez lui. Par contre, le même indigène qui déjà se laisse si difficilement hospitaliser, exagèrera dans son délire morbide les craintes qu'il a toujours eues du milieu hospitalier. Il se sauvera donc, car il se

méfiera des soins qu'on lui donne, il verra autour de lui autant d'ennemis.

Cela d'ailleurs n'est qu'une hypothèse que nous faisons : nous ne prétendons pas donner là un argument irréfutable.

Comme autres troubles nerveux citons les soubresauts de tendons, la carphologie. Les mouvements chez nos malades étaient hésitants; des tremblements continuels rendaient difficile l'usage de leurs doigts, leur main maladroite planait un certain temps avant de pouvoir prendre l'objet à saisir. Les lèvres et la langue tremblotantes articulaient difficilement une parole saccadée souvent incompréhensible.

Nous avons cherché surtout à la fin de la période d'état à examiner l'état des réflexes. Pendant le début de la maladie il est impossible d'explorer des membres déjà contracturés, chez des malades pelotonnés sur eux-mêmes en chien de fusil.

Nous avons constaté le plus souvent une diminution notable des réflexes patellaires et brachiaux.

Du côté de l'appareil sensitif, nous avons rencontré une hyperesthésie souvent très marquée des téguments. Chez plusieurs de nos malades, la moindre palpation de l'abdomen suffisait à faire apparaître de la douleur et les muscles de la face se contractant traduisaient aussitôt une sensation douloureuse très prononcée.

L'explication des troubles de la sensibilité nous a donné à la piqûre d'épingle des résultats différents : zones d'hypoesthésie chez les uns, zones d'hyperesthésie chez d'autres. Plus nette a été chez nos malades et convalescents la douleur à la pression des masses musculaires; la pression des muscles jumeaux, le pincement

au tendon d'Achille suffisait à réveiller souvent une vive douleur.

Comme troubles psychiques intéressants nous avons souvent constaté chez nos malades européens de l'amnésie partielle. Les malades ne se souvenaient plus au moment de leur convalescence de ce qui s'était passé depuis le jour où ils s'étaient alités.

Pour terminer cette rapide vue d'ensemble de la symptomatologie observée au cours de l'épidémie de Constantine, il nous reste à parler des phénomènes présentés par les appareils des sens, nous parlerons ensuite des résultats tirés de l'analyse des urines.

Du côté des yeux signalons l'apparition, au début de la maladie, de l'injection des conjonctives. C'est là, joint à l'exanthème et à la température élevée, un élément de diagnostic important. Chez plusieurs indigènes gravement atteints nous avons noté des phénomènes de blépharo-conjonctivite très marqués, les paupières tuméfiées adhéraient entre elles par une sécrétion muco-purulente.

Chez une femme israëlite cette conjonctivite s'est compliquée rapidement d'ulcération de la cornée et de hernie de l'iris dont il a fallu pratiquer l'excision.

D'autres nous ont frappé par la teinte subictérique de leurs conjonctives : on la rencontrerait chez les nègres plus fréquemment que la conjonctivite et la rhinite.

Du côté de l'appareil auditif un phénomène important à signaler, c'est la présence constante de la surdité. Dès le début de la maladie, les typhiques ont ressenti des bruissements d'oreilles, des vertiges qui ont persisté longtemps. Cette surdité constante a été différemment expliquée par les auteurs ; tandis que les uns admettent un trouble fonctionnel du système nerveux et plus précisément des troubles de vascularisation du nerf auditif, d'autres avec

Combemale attribuent l'affaiblissement des perceptions auditives à une obstruction momentanée de la trompe d'Eustache.

g) *Les urines.* — Nous avons examiné systématiquement les urines de tous nos malades. Nous avons pu constater l'émission d'urines foncées rougeâtres plus ou moins chargées. Signalons la présence constante d'albumine, sous forme d'un nuage opalescent dans les cas de moyenne gravité, sous forme d'un vrai disque dans les cas graves. Mesurée au tube d'Esbach, sa quantité variait entre 0,25 et 1 gr. 50.

Nous avons noté aussi la présence de pigments biliaires, de bilirubine et une augmentation de la proportion d'urée.

Les modifications sanguines.
La déviation du complément.

L'étude des modifications que subit le sang dans sa composition au cours des maladies infectieuses et les variations de la formule leucocytaire sont entrés de nos jours dans le domaine de la clinique ; aussi était-il intéressant de les rechercher dans le typhus exanthématique. Mais les circonstances ne nous ont pas permis de joindre des recherches microscopiques à nos observations pratiques. A Alger, des travaux ont été publiés à ce sujet par MM. Gillot et Bascoul, au cours de l'épidémie de typhus observée à l'ambulance des contagieux d'El Kettar et ont donné les résultats suivants :

On note de la mononucléose qui augmente avec régularité depuis le début de la fièvre jusqu'au quinzième jour ; après elle diminue et la formule revient lentement à la normale.

En cas de congestion suppurative, l'hyperleucocytose plus forte peut atteindre 20.000 globules blancs.

Le taux de l'hémoglobine, recherchée au moyen de l'hémoglobinimètre de Gowers, est inférieur, 70-50 au lieu de 100.

Au moment où ces recherches se publiaient, M. le docteur Cathoire, médecin-major du laboratoire de l'hôpital militaire de Constantine, recherchait dans le typhus la déviation du complément.

Pour cela il a employé comme antigène l'extrait alcoolique de rate prélevée chez un typhique mort au 15e jour de l'infection.

L'extrait alcoolique était préparé par broyage d'un fragment d'organe frais dans dix fois son poids d'alcool absolu, et filtration après dix jours de contact avec fréquents brassages. Un pareil produit dilué au 1/30 dans l'eau physiologique a dévié faiblement mais électivement le complément quand on le mettait en présence de sérum frais de typhiques.

L'auteur a eu recours au procédé employé dans la syphilis sous le nom de Wassermann rapide. Il utilise l'hémolysine naturelle que contient le sérum humain pour les globules de mouton, et le complément que l'on trouve normalement dans le sang.

Les sérums proveñaient de malades pour la plupart au 10e jour environ de la maladie. On les obtenait après ponction des veines au pli du coude et défibrination au moyen des perles de verre. Les quantités mises en présence étaient de 1/10 de centimètre cube de sérum pour

1 à 2/10 de l'antigène présumé. L'adjonction de 1/10 de centimètre cube de globules de mouton lavés et dilués au 1/20 était faite après une heure de contact à l'étuve à 37°. L'auteur a examiné le sang de 15 malades ; chez 7 une déviation notable du complément a été trouvée avec 2/10 de l'antigène; chez 8 avec 1/10 de l'antigène.

Tels sont les résultats obtenus jusqu'ici. Les faits déjà acquis nous font espérer la découverte prochaine de l'agent pathogène du typhus, dont l'individualité n'a pas été encore confirmée. Ni le streptobacille de Hlava (de Prague), ni les filaments de Thoinot ou le diplocoque de Dubief et Brühl ne peuvent être admis. L'application de l'ultra microscope ou l'emploi des procédés de surcoloration permettront de découvrir peut-être un jour la présence dans le sang ou la rate du germe typhique, un spirille probablement.

CHAPITRE III

EVOLUTION. — FORMES CLINIQUES

De cette relation générale de l'épidémie de Constantine, de cette vue d'ensemble jetée sur la symptomatologie observée, nous concluons qu'il serait impossible de limiter le tableau clinique du typhus dans un cadre rigide et de poser pour l'évolution des phénomènes morbides une loi absolue. Peut-on dire qu'il y a autant de formes de typhus que de malades, qu'il n'y a pas de typhus, qu'il n'y a que des typhiques ? Sans être aussi exclusif, nous devons dire cependant que chaque individu, chaque race réagit à l'infection typhique d'une façon différente. Une question se pose ici. Le typhus est-il plus grave pour l'Européen que pour l'indigène ? C'est l'opinion généralement admise. De l'ensemble des indigènes observés, des statistiques dressés, nous voyons qu'il est impossible de mettre en parallèle chaque cas européen et chaque cas indigène ; car les indigènes que l'on observe arrivent souvent déjà en pleine évolution de la maladie. Chez ces malades, abandonnés à eux-mêmes sans soins médicaux,

le virus peut trouver l'occasion d'acquérir ainsi une virulence spéciale.

L'Européen, dès qu'il est atteint, se soumet le plus souvent à l'examen médical ; la thérapeutique même purement symptomatique qui aura été instituée rendra son organisme plus apte à la lutte, contre l'agent pathogène et contre ses toxines. Et même si l'on trouve que le taux de la mortalité de l'élément européen est inférieur à celui de l'élément indigène, on doit plus précisément conclure que, pour les mêmes conditions de soins éclairés, l'Européen présente de toute façon une mortalité plus forte.

Ajoutons que, dans l'épidémie observée à Tunis, la léthalité a été plus élevée pour les malades originaires de l'Extrême-Sud et les nègres. Les Ghadamesciens, les Touati, d'après le rapport du docteur Broc, de l'hôpital Sadiki, ont fourni une mortalité de 17 % de beaucoup supérieure à celle des Tunisiens. La différence d'adaptation et de résistance des races à l'infection typhique nous montre déjà combien la maladie peut évoluer d'une façon variable suivant les individus.

Citons le cas de deux infirmiers. Le malade de notre observation I a été pris brusquement en pleine santé. L'autre put nous accuser peu à peu les signes prodromiques de la maladie, insomnie, lassitude, inappétence. Le début brusque chez l'un contraste avec l'invasion lente des phénomènes généraux chez l'autre.

Au cours de la période d'état, les phénomènes qui nous ont paru les plus variés dans leur forme et leur intensité sont les phénomènes nerveux : Délire professionnel, parfois calme, tranquille, délire violent à tendance ambulatoire surtout chez l'indigène, délire mélancolique, idées de suicide plus souvent chez l'Européen ou l'israélite, à système nerveux plus différencié.

L'évolution du typhus, du début de la maladie à la période d'état, d'après l'ensemble des cas observés, dépasse une quinzaine de jours, les symptômes généraux s'amendent brusquement, la défervescence se produit et la convalescence s'installe rapidement.

Le pronostic est réservé, si après le deuxième septénaire les phénomènes généraux ne s'amendent pas, si la température reste en plateau et si la maladie se maintient sous sa forme adynamique. A ce moment-là surtout, surveiller rigoureusement le cœur, car là est le danger.

Les causes générales d'encombrement, de mauvaises conditions hygiéniques, les conditions atmosphériques, ont une influence marquée sur la gravité de l'évolution de la maladie.

L'expérience a montré que le typhus évolue d'une façon plus bénigne avec une température sèche, tempérée, qu'avec une température chaude, humide ; l'hiver, avec ses conséquences d'encombrement surtout pour l'indigène et de mauvaises conditions hygiéniques, crée pour le typhus un milieu favorable pour se développer sous une forme plus maligne.

D'autres conditions seront pour la maladie un facteur important de gravité. C'est surtout chez les alcooliques avérés que nous avons rencontré les formes les plus graves avec troubles nerveux marqués, délire continu, agitation violente, hallucinations ; la température se maintient en plateau, il n'y a pas de tendance à la défervescence. Ces malades sont des insuffisants hépatiques, des insuffisants rénaux, leurs émonctoires fonctionnent mal. Aussi le pronostic pour des alcooliques doit-il être toujours réservé.

La mort dans le typhus peut survenir rapidement,

avant même que la maladie ait pu encore s'extérioriser. C'est ce qu'on appelle le typhus naissant.

Cette forme de typhus a été notée surtout chez les dégénérés, les individus tarés. Les idiots, les épileptiques n'offrent aucune résistance à la maladie; notre observation 32 nous montre l'évolution mortelle chez un individu qui nous présenta à l'entrée une crise violente d'épilepsie.

Les autres formes cliniques que nous avons observées sont nombreuses, depuis les formes sidérantes, les formes adynamiques et ataxo-adynamiques, jusqu'aux formes bénignes. Il faut signaler à ce propos une forme très spéciale, très atténuée de l'affection typhique, c'est le typhus levissimus (Obs. 64); nous n'en avons pu observer au lazaret de Constantine qu'un cas. Cette forme, remarquable par l'atténuation des symptômes, ne s'est traduit que par des maux de tête préexistants, de l'abattement, de l'asthénie, de la fièvre, un pouls rapide. Enfin l'exanthème ne s'est pas manifesté.

Cette forme atténuée de l'infection typhique constitue par sa présence un réel danger, car l'indigène atteint de typhus levissimus continuera à circuler, disséminant ainsi le germe typhique qui faiblement virulent chez lui pourra s'exalter et devenir très virulent chez ceux qui auront été contaminés par lui.

Les complications du typhus que nous avons observées au cours de l'épidémie de Constantine se réduisent à des complications broncho-pulmonaires, et à des complications gangréneuses des extrémités

Un indigène (Obs. 67) nous fit au cours de son typhus une broncho-pneumonie très grave; la méthode de Fochier nous donna un résultat excellent.

Un autre indigène (Obs. 65) nous présenta au cours

de son typhus de la gangrène des orteils, dont nous avons pratiqué l'amputation quelques semaines après.

Nous n'avons observé ni otite, ni parotidite, complications fréquentes du typhus.

Une femme israélite nous fit dans la période d'état une fausse couche et expulsa un fœtus de 3 mois.

Les suites de cette complication furent très simples.

L'histoire nous dit que lors des grandes épidémies qui sévissaient sur les armées, surtout sur les troupes campées, on a vu évoluer, chez les mêmes individus, des maladies infectieuses différentes, qui à la faveur d'organismes surmenés occasionnaient une mortalité considérable.

C'est ainsi qu'à Constantine en 1868, nous dit Vital, la dysenterie, le choléra, le scorbut coexistaient avec le typhus.

Kelsch nous dit dans son Traité d'épidémiologie :« Le typhus, le scorbut, la dysenterie, les fièvres palustre et typhoïde n'étaient pas seulement associés dans leur règne épidémique ; ces diverses affections se réunissaient souvent chez le même sujet réalisant des processus mixtes, indéchiffrables pour la pathologie spéciale moderne, et dont la fièvre de Hongrie, amalgame de typhus, de malaria et de fièvre typhoïde, est le type le plus célèbre. »

Citons à ce sujet deux malades que nous avons observés au lazaret de Constantine, une fillette de 16 ans et un jeune indigène de 20 ans. Ces deux malades nous arrivèrent avec le diagnostic de typhus ; ils présentaient une température élevée, de la stupeur marquée et une éruption légère rappelant surtout les taches rosées de la typhoïde. Le diagnostic du typhus fut accepté, lorsque nous vîmes brusquement évoluer quelques jours après

des symptômes de méningite, très nets ; la ponction lombaire pratiquée aussitôt nous donna un liquide purulent hypertendu et dans lequel l'examen bactériologique fait à l'hôpital militaire décéla le méningocoque de Weichselbaum. En même temps que les symptômes méningiques se précisaient, l'éruption pâlit et disparut. La jeune malade resta au lazaret pendant plus de deux mois, réalisant une infection méningococcique qui fut très longue à guérir malgré le sérum de Dopter. L'indigène succomba quelques jours après, malgré le même traitement.

Que faut-il penser de ces deux cas ? Faut-il rejeter l'idée de typhus et mettre l'éruption constatée sur le compte de l'injection méningococcique ? On rencontre, nous le savons, quelquefois au début de la méningite cérébro-spinale, une éruption sous formes de taches diffuses plus ou moins marquées. Faut-il supposer que l'injection typhique préexistante ait cédé le pas à la méningite cérébro-spinale, celle-ci revêtant une forme plus aiguë et dominant seule la scène?

Ainsi pourrait-on expliquer l'atténuation et la disparition des éléments éruptifs. Le cas est, on le voit, intéressant, mais il est difficile de se prononcer.

CHAPITRE IV

PROPHYLAXIE

Le typhus, nous le savons, est une maladie infectieuse dont l'agent pathogène nous est encore inconnu. Cette ignorance de la cause intime du typhus nous empêche de connaître la façon certaine dont il se propage. Ni l'eau, ni l'air ne paraissent être les véhicules habituels du contage, cependant autrefois et surtout même encore les auteurs anglais croient au mode de propagation par l'air et les souillures de l'atmosphère. On sait en effet, d'après les données de la pathologie générale, que les gaz qui proviennent de la décomposition des matières organiques d'origine végétale ou animale, comme ceux qui sont contenus dans l'air expiré des malades, favorisent indirectement la vitalité des formes pathogènes ; et l'on invoquerait pour le typhus ce mode de contagion le plus immédiat.

Ainsi l'on s'expliquerait les victimes nombreuses que fait le typhus dans le personnel médical et hospitalier.

A l'appui de cette théorie on peut citer ces symptômes de malaise que nous avons ressentis souvent nous-

même (maux de tête, vertiges, nausées) après des contacts prolongés avec les malades, et traduisant une réaction de l'organisme luttant contre l'imprégnation lente du virus pathogène. D'autre part l'on sait aussi l'influence des locaux mal aérés, encombrés, dans lesquels le typhus s'attarde sous une forme particulièrement virulente.

Rappelons à ce sujet l'exemple de la prison civile de Tunis où le typhus sévissait constamment et qui constituait en pleine ville un foyer de typhus dangereux. Depuis que les prisonniers ont été transférés dans un établissement construit d'après les dernières règles de l'hygiène, le typhus ne fait plus de victimes parmi les prisonniers et le personnel en contact avec eux.

Legrain rapporte le fait analogue pour la prison civile de Bougie. Mais il est vrai, ce sont là des faits particuliers qui à eux nuls ne suffisent à affirmer l'air, véhicule habituel de la contagion. Les derniers travaux de Nicolle de l'Institut Pasteur de Tunis ont jeté un jour nouveau sur le mode de propagation et de transmission du typhus en démontrant le rôle des parasites, en particulier du pou de corps.

Le typhus ne se répand pas en temps ordinaire seulement par simple contact, la contagion ne se fait plus exclusivement par les excreta (matières fécales, crachats), mais il y a un intermédiaire qui transfère la maladie de l'individu malade infecté à l'individu sain.

C'est ce que Nicolle a démontré en utilisant pour ses expériences le singe bonnet chinois, le macacus sinicus. Sur cet animal déjà injecté par le virus de chimpanzé, l'auteur plaça une trentaine de poux, recueillis sur des indigènes sains.

Le lendemain il les reporta sur deux autres bonnets

chinois A et B. Le premier contracta le typhus le 23e jour et mourut le 10e jour ; le second présenta le typhus au 44e jour.

Il est intéressant de rapprocher de ces expériences concluantes les résultats des autres expériences tentées au lazaret de l'hôpital civil de Constantine pendant l'épidémie de 1909, par M. le médecin-major Pignet, chef de laboratoire de l'hôpital militaire. On recueillit avec précaution des poux sur des indigènes couverts de vermine qui entraient avec les symptômes de typhus au lazaret.

Les poux furent transférées sur un premier cobaye rasé au flanc ; l'expérience fut faite le 23 avril, le lendemain l'animal tomba malade et mourut 30 jours après ; un deuxième cobaye vécut 40 jours et mourut 42 jours après ; à l'autopsie on trouve une infection générale des poumons. Un lapin vécut 50 jours et mourut au bout du trentième jour ; à l'autopsie on trouva du liquide sanguinolent dans son péritoine, l'instestin était hyperémié, le foie volumineux, congestionné, les poumons congestionnés aux bases, les sommets crépitants donnaient à la pression un liquide spumeux grisâtre.

La conclusion qui se dégage de ces expériences, c'est que les parasites cutanés, en particulier le pou, transmettent et propagent le typhus.

Il faudra donc lutter contre la maladie et prendre des mesures prophylactiques nécessaires, d'une part lutter à la fois contre l'infection et les parasites. Comme en présence de toute maladie épidémique contagieuse, il faudra prendre les mesures générales de désinfection et pratiquer aussi la « désinsection ».

Le malade devra avant tout être débarrassé de ses para-

sites cutanés et tenu dans un état de propreté constante.

Dans ce but, tout indigène entrant au lazaret de Constantine était soumis à la tondeuse ; les cheveux une fois coupés, on frottait sa tête et son corps avec une solution de sublimé dans l'alcool. Les vêtements que l'on enlevait avec précaution étaient immédiatement dirigés sur le pavillon de désinfection.

Les grandes salles de malades étaient largement aérées et lavées chaque matin avec une solution antiseptique (crésyl, sublimé).

En même temps nous avons obligé le personnel à revêtir des blouses spéciales pour les salles de malades, qu'ils quittaient lorsque leur service était terminé.

Nous avons veillé aussi à ce qu'ils se lavent les mains avec des solutions antiseptiques aussitôt après avoir soigné les malades.

Une grande surveillance était exercée sur la propreté des cuisines : la manipulation de la nourriture avec des mains suspectes est certainement un danger réel de contagion.

Pour la désinfection des locaux, le meilleur moyen à recommander est la désinfection par le soufre. Elle seule est capable de désinfecter et de détruire tous les animaux. Le formol est sans action sur les parasites animaux.

Les objets de literie (matelas, couverture) seront passés à l'étuve ; les draps, avant d'être livrés au blanchissage, doivent être immergés dans une solution désinfectante.

En plus de ces mesures de prophylaxie individuelle, il faudra assurer des mesures d'hygiène collective. En temps d'épidémie, il faut créer un refuge pour les famé-

liques, surtout s'ils proviennent d'une région contaminée. Là on pourra donner les soins nécessaires, et dresser une surveillance sanitaire rigoureuse. Les cas suspects seront aussitôt signalés et isolés. Il faudra surveiller en Algérie et en Tunisie les fondouks, cafés maures, refuges ; visiter ces endroits fréquemment, les faire évacuer et désinfecter si un cas se produit.

Il faudra, pour éviter l'émigration des miséreux suspects, surveiller les voyageurs arrivant par le chemin de fer ou le bateau. C'est ainsi par l'exode des malheureux qu'Alger fut contaminé en 1909.

Les cas urbains devront être déclarés et les appartements contaminés désinfectés ; surveiller enfin en temps d'épidémie l'inhumation dans les cimetières indigènes et veiller à ce que les cadavres soient enterrés le plus tôt possible sous une couche de chaux.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Le typhus exanthématique étant une maladie infectieuse et contagieuse, le traitement qui est préconisé aura pour but : 1° de lutter contre l'agent pathogène en faisant appel aux défenses de l'organisme ; 2° de favoriser le rôle des émonctoires, d'aider à l'élimination des toxines microbiennes.

L'ignorance où nous sommes encore du germe du typhus exanthématique n'a pas permis jusqu'ici d'instituer un traitement rationnel ; on ne peut donc se borner qu'à un traitement symptomatique et notre ligne de conduite est ici toute tracée ; d'une part abaisser la température, lutter contre la fièvre, stimuler les émonctoires, lutter contre l'asthénie cardio-vasculaire, obtenir la sédation des phénomènes nerveux, lutter contre l'hyperthermie du système nerveux central.

Contre l'hyperthermie nous avons à notre disposition d'une part les antithermiques, d'autre part les bains froids. Nous n'insisterons pas sur les antithermiques ; ils sont à bannir entièrement de cette thérapeutique, car

ils ajoutent leur effet toxique aux poisons du typhus et aggravent toujours la maladie.

Pour lutter contre l'hyperthermie nous avons à notre disposition les bains froids. Combemale, au Congrès des Sociétés savantes de 1894, Compagnon, dans sa thèse de Lille, ont préconisé l'emploi de bains froids dans le typhus.

D'après la méthode de Brand, il faut donner un bain de 15 à 20° dès que la température dépasse 39° ; c'est certes là une formule trop absolue qu'il faut modifier suivant la condition individuelle, suivant l'entente des phénomènes fébriles et l'époque plus ou moins avancée de la maladie.

Combemale, en employant deux bains à une température de 18 à 15°, a eu une mortalité de 38 °/₀ ; avec 6 bains par jour pour 36 cas, il a obtenu 30 guérisons, 6 décès ; soit une proportion de 1 pour 6, soit 16,5 de mortalité. Avec l'emploi des lavements froids il a eu un chiffre intermédiaire : 28,6 °/₀ de mortalité.

Ces chiffres suffisent-ils à donner aux bains froids une valeur thérapeutique indiscutable : non, et d'ailleurs nous ne sommes guère partisan de l'application systématique de la méthode des bains froids dans le typhus exanthématique.

Le typhus s'accompagne souvent de troubles graves, pouvant devenir mortels, portant tant sur le cœur central que sur le cœur périphérique; du côté du cœur périphérique il s'agit de parésie du système nerveux vasomoteur, se traduisant par une vasodilatation généralisée, un fort abaissement de la pression artérielle, d'où le dicrotisme pathogénique du pouls. Le bain froid, le bain tempéré progressivement refroidi constituent des procédés théoriquement indiqués en pareille circonstance.

Ne produisent-ils pas une vaso-constriction brusque dans le premier cas, rapidement progressive dans le second ? Or ils ont de graves inconvénients : contre-indiqués quand il n'y a pas hypothermie, ils provoquent toujours un choc thermique généralisé et brutal, trop brutal dans ces formes cliniques où le cœur a faibli, et il y a tendance de l'adynamie, à la syncope, au collapsus.

Nous avons employé au cours de l'épidémie de Constantine, les abcès de fixation ; nous verrons plus loin les résultats obtenus et les conclusions à tirer de cet heureux essai de la méthode de Fochier.

Le typhus est une toxhémie ; il faut donc dans ce but favoriser le fonctionnement des émonctoires. Il faut aider la diurèse par des boissons abondantes (lait, café, thé, limonades, tisanes lactosées), provoquer l'évacuation de l'intestin par les purgatifs. En même temps il faut prescrire les toniques (alcool à petites doses, Todd, acétate d'ammoniaque). Les lavements de sérum nous ont donné d'excellents résultats.

Les métaux colloïdaux ont été employés avec succès dans les traitements du typhus exanthématique. Le collargol en potion ou friction, l'électrargol en injection intramusculaire ou intraveineuse ont été à plusieurs reprises données à nos malades. Ils ont paru influencer favorablement la température et l'état général des typhiques.

L'adrénaline a été employée avec succès à Tunis au lazaret de la Rapta par le docteur Broc, en solution au millième, III à IV gouttes toutes les 3 heures. Ce médicament relève la tension artérielle, ralentit et renforce les pulsations.

Si l'on considère l'heureuse influence de ce médicament, on peut, il nous semble, rapprocher les symptômes du typhus de ceux du syndrome de l'insuffisance surré-

nale aiguë. En un mot le typhus serait-il un malaise infectieux portant ses lésions sur les capsules surrénales ? Y aurait-il de la surrénalité au cours du typhus ? Cette hypothèse intéressante n'a pas toujours été vérifiée par l'autopsie qui montre quelquefois des lésions légères d'hémorragie intracapsulaire.

Comme autre méthode thérapeutique préconisée dans le typhus, il faut citer les résultats favorables qu'aurait obtenus Legrain avec les injections de sérum de convalescent; ce sérum aurait une action favorable sur les phénomènes cardiaques et améliorerait notablement l'état général des malades. Raynaud à Alger aurait obtenu des résultats analogues. Les injections rendent certainement de grands services dans les cas graves, mais ce traitement peut-il entrer dans la pratique? L'idéal serait d'immuniser un animal contre le typhus et de pratiquer une sérothérapie régulière. Nicolle a réussi à inoculer le typhus au chimpanzé. Peut-être est-ce de ce côté que doivent tendre les recherches pour arriver à trouver dans la sérothérapie la vraie et seule thérapeutique du typhus exanthématique.

Les abcès de fixation dans le traitement du typhus exanthématique

Après avoir employé tour à tour tous les traitements connus jusqu'ici dans le typhus, notre distingué chef de service à l'hôpital de Constantine, M. le docteur Morsly, eut l'idée de recourir à la méthode de Fochier.

Deux infirmiers qui étaient tombés malades au cours

l'épidémie de 1909 furent ainsi traités. Le résultat fut très heureux. Depuis, la même méthode fut appliquée à tous les typhiques.

On sait qu'il y a quelques années, en 1892, Fochier, de Lyon, avait entrepris de juguler, de faire avorter certaines maladies infectieuses; remarquant que des suppurations survenant au cours de maladies graves avaient été suivies d'une amélioration inespérée, il eut l'idée de provoquer des abcès de fixation.

On a employé la méthode au lazaret de Constantine, à toutes les phases de l'évolution du typhus, à toutes les périodes de la maladie.

Les malades reçurent à leur entrée aussitôt une injection d'un centimètre cube, que l'on pratiqua à la face externe des cuisses. La durée de la formation purulente a été de trois à huit jours complets, la moyenne observée est de cinq jours.

A ce moment on peut procéder à l'incision de l'abcès. Toutes les conditions d'antisepsie et d'asepsie une fois observées, on incise l'abcès. Un écoulement purulent se produit assez abondant, généralement grisâtre, bien lié.

A la fin de l'écoulement purulent, on voit sortir entre les lèvres de l'incision une membrane mince, qu'on retire facilement avec des pinces : c'est la membrane pyogénique de Home.

L'incision faite et la poche vidée, on place un drain dans la plaie et on termine par un pansement humide.

Une forte élévation de température correspond à la formation du pus. Le lendemain, ou le troisième jour de l'injection de térébenthine, une chute manifeste dans la température du malade a lieu aussitôt après l'incision de l'abcès et l'écoulement du pus. Dès cette époque un

mieux évident se produit chez le malade, la convalescence commence.

Disons cependant que toutes ces injections térébenthinées n'ont point toujours donné d'abcès ; dans les cas graves il a fallu deux et même trois injections pour arriver à occasionner une collection purulente.

Quand l'injection est positive, quand elle est suivie de formation de pus, dans un délai de 4 à 5 jours, le pronostic est bon et l'on peut espérer une guérison.....

Au contraire, s'il ne se produit pas de pus, si l'injection est négative, le pronostic s'assombrit.

La technique de l'opération est très simple, avec une seringue et une aiguille de Luer on pousse le liquide sous la peau de la face externe de la cuisse.

Le docteur Morsly a injecté de l'essence de térébenthine à 50 typhiques, tous gravement atteints. Le résultat a été le suivant : 7 décès, 43 guérisons, soit une mortalité de 14 °/₀.

Avec le traitement classique qui jusqu'alors avait été ordonné, balnéation, antithermiques, injections de sérum, tonique, on avait eu une moyenne de décès de 26 °/₀.

La méthode fut de nouveau employée à la reprise de l'épidémie en septembre 1909 ; on eut alors :

Septembre	4 cas	3 décès	1 guérison
Octobre	2 (in extremis)	2 »	»
Novembre	7 cas	1 »	6 »
Décembre	8 »	2 »	6 »
Janvier	24 »	2 »	22 »
Février	9 »	1 »	8 »
Mars	5 »	»	»

Soit un total de 59 cas ; sur ces 59 cas il faut enlever

les 2 cas de décembre, malades arrivés au lazaret à la période agonique. Cela nous fait donc 57 cas. 11 décès se sont produits. Si l'on ne tient pas compte de ces deux malades, cela donne une proportion de mortalité de 18,4 °/₀. Donc avec la méthode des bains 26 °/₀ de décès, avec la méthode des abcès de fixation 18 °/₀.

La méthode est avantageuse; de plus, c'est la méthode la plus simple, la moins coûteuse. En temps d'épidémie, elle évite le surmenage du personnel, et, de plus, elle est à la portée de tout le monde, n'offre aucun danger, aucune suite mauvaise, aucune complication.

Il faut cependant éviter de provoquer un abcès de fixation chez les vieillards, chez les cachectiques ; on obtient des décollements, des suppurations tardives qui enlèvent au malade le bénéfice d'une thérapeutique rapide, efficace.

L'injection est douloureuse les premiers jours, le malade ne peut mobiliser la jambe qu'avec peine; mais ce symptôme indique une réaction inflammatoire positive et, par suite, un bon pronostic.

Comment agit ici l'abcès de fixation ? Sans discuter les nombreuses théories émises à ce sujet, nous croyons que l'abcès de fixation provoque une hyperleucocytose; il se produit aussi une stimulation du processus phagocytaire, une augmentation du pouvoir opsonique des globules.

OBSERVATIONS

Observation 1. — Scafarelli Toussaint, infirmier, 28 ans, tombe malade le 22 juin 1909. Typhus à forme grave adynamique, début par céphalées, frissons, température élevée oscillant entre 39°5 et 40°5, éruption pétéchiale caractéristique. Etat stationnaire jusqu'au 1er juillet, complications cardiaques, embryocardie, faux pas du cœur, pouls petit, irrégulier, très rapide. Le 6 juillet on renonce au traitement antithermique et aux lavements de sérum, injection de 1 cc. de térébenthine à la face externe de la cuisse. Le 10 juillet, l'abcès est collecté. Incision le 11. Issue d'une grande quantité de pus, le lendemain chute de la température à 37°, après quelques longues oscillations la température revient progressivement à la normale. Etat général très amélioré, le tuphos a disparu, le malade entre en convalescence le 17 et reprend son service le mois suivant.

Obs. 2. — Bachis ben hadj Belkaoud, portefaix, 22 ans. Début le 29 juin. Température élevée. Stupeur. Eruption pétéchiale très nette. Injection le 6 juillet, inci-

sion le 11. Pus abondant. Amélioration rapide. Guérison.

Obs. 3. — Adjami Mohamed, garçon de café, 22 ans. Typhus grave. Entre au lazaret le 7 juillet. Injection le 8, incision le 12. Pus abondant. Amélioration rapide. Guérison. Le malade sort le 25.

Obs. 4. — Samadan Rabah, moissonneur, 25 ans. Entre au lazaret le 10 juillet. Typhus grave, éruption abondante, fièvre violente et sans rémission pendant les trois premiers jours. Prostration, langue sèche, rôtie. Injection le 12, l'abcès se collecte les jours suivants ; on sent une poche de pus, donnant nettement la sensation de flot. On incise le 16, issue de pus abondant, grisâtre, grumeleux. La température baisse le lendemain au-dessous de 37°, le pouls est bon, la prostration a disparu, la température après quelques légères oscillations est normale le 20 ; la plaie est cicatrisée le 22. Le malade sort guéri à la fin du mois.

Obs. 5. — Balaouidate Boudjenta, 22 ans, sans profession. Entre au lazaret le 11 juillet. Typhus très net, céphalalgie. Pouls rapide. Eruption abondante. Stupeur très accentuée, température à l'entrée 40°. Injection le 13 juillet. Incision le 16, issue d'un pus abondant. Le 17 la température est descendue à 35°, elle remonte à la normale le surlendemain. L'amélioration a été immédiate. La plaie est fermée le 22, et le malade sort guéri le 25 juillet.

Obs. 6. — Jeannot Eugène, 15 ans, sans profession. Entre au lazaret le 5 juillet 1909, avec le diagnostic de

typhus. Céphalée, fièvre, injection des conjonctives, ventre ballonné, langue sèche. Eruption pétéchiale très apparente. Pouls rapide, petit, irrégulier. Phénomènes nerveux très marqués, délire continu. Le pronostic est mauvais. Injection le 6, incision le 12, pus abondant. La température, qui s'était jusqu'alors maintenue entre 39 et 40°, tombe le 15 à 35° et remonte à 37° le surlendemain. L'état général s'améliore rapidement. Le tuphos disparaît, le pouls est mieux frappé, le malade sort guéri le 25 juillet.

Obs. 7. — Debezza Brahim, infirmier du Lazaret, tombe malade le 6 juillet 1910. Début par frissons, maux de tête, anorexie, température élevée, 40°5, apparition de l'éruption pétéchiale le 7 juillet. Stupeur caractéristique, langue sèche. Rate grosse, douloureuse. Injection le 8, incision le 14, pus abondant, grisâtre, très lié. Chute rapide de la température les jours suivants, le 16, 36°, le 18 la température est normale, l'amélioration rapide, le malade est guéri le 22.

Obs. 8. — Sicri Youdil ben Ali, moissonneur, 18 ans. Typhus grave. Stupeur, pétéchies, température élevée. Injection le 6, incision le 14. Guérison complète le 25.

Obs. 9. — Zari Belkacem, 18 ans, journalier, entre au Lazaret le 9 juillet. Typhus nettement caractérisé. Injection le 8 ; incision le 15, pus abondant. Amélioration rapide, le malade sort guéri à la fin de juillet.

Obs. 10. — Bousselin M. ben Mousman, s. p., 40 ans. Typhus à évolution classique. Injection le 13, incision le

16. Amélioration rapide. La plaie est fermée le 19. Le malade sort guéri le 29 juillet.

Obs. 11. — Benmessaoud Tahar, tailleur, 27 ans, entre au Lazaret le 1 juillet avec le diagnostic de typhus. Etat grave, éruption confluente pure très élevée, prostration accentuée, délire. Injection le 8 ; incision le 15, pus abondant. Le lendemain de l'incision la température est tombée à 36°2 ; les phénomènes morbides ont disparu. Le malade sort guéri à la fin du mois.

Obs. 12. — Sehembri Giovanni, mineur, 49 ans, entre le 5 juillet au Lazaret avec typhus grave. Stupeur, céphalée, pétéchies abondantes, langue rôtie. Température élevée. Injection le 6, incision le 14, pus abondant, la défervescence a lieu aussitôt après ; le 15, la température est tombée à 37°. Amélioration rapide. Le malade sort guéri le 28.

Obs. 13. — Debache Mohamed ben Ali, journalier, 30 ans, entre le 19 juillet. Typhus grave. 1re injection le 20 juillet ; pas de formation purulente. L'état reste grave, nouvelle injection le 27 ; on sent 2 jours après une poche purulente que l'on incise le 31 ; en même temps amélioration progressive, chute complète de la température : le malade sort guéri dans les premiers jours d'août.

Obs. 14.— Omar Mohamed, journalier, 30 ans, entre le 16. Typhus très net, symptômes classiques. Injection le 17, incision le 20. Etat général vite amélioré, le malade est guéri le 30. Il sort la première semaine d'août.

Obs. 15.— Hanjoui Mohamed, 27 ans s. profession, entre le 12 juillet avec diagnostic de typhus grave, température élevée, pouls rapide, prostration, délire violent, injection le 13 ; la nuit a été très pénible, le malade très agité se lève de son lit et cherche à fuir ; incision le 17, amélioration passagère, le lendemain il est de nouveau très agité ; l'abcès donne beaucoup. Le surlendemain les phénomènes nerveux cessent brusquement en même temps que l'état général s'améliore lentement. Le malade sort guéri le 12 août.

Obs. 16. — Salah ben Mohamed, portefaix, 20 ans, entre au lazaret le 20 juillet. Typhus grave, température élevée, face congestionnée, langue rôtie, rate grosse, ventre ballonné, éruption abondante ; injection le 21, pas de réaction, pas de formation purulente, nouvelle injection le 24; le 30, ouverture de l'abcès, pus abondant la température tombe, état général vite amélioré, le malade sort guéri le 10 août.

Obs. 17. — Salah ben Bouguera, 21 ans s. profession, entre au lazaret le 25 juillet. Typhus grave, température élevée, phénomènes généraux très accentués, injection le 28, incision le 21, la défervescence s'opère aussitôt, l'amélioration est rapide.

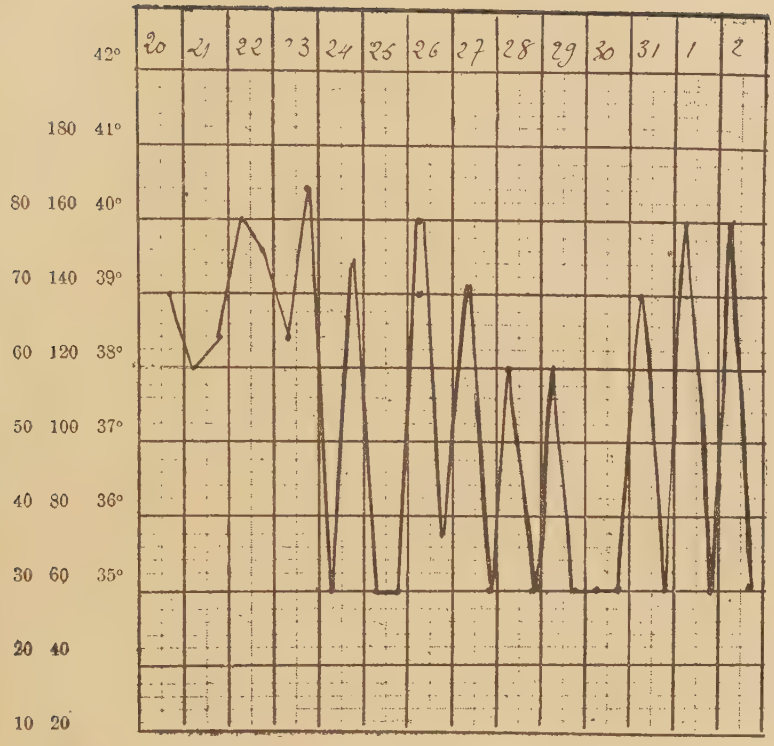
Obs. 18.— Kellili Mohamed ben Tahar, 25 ans, journalier. Typhus grave, température élevée 41°, éruption abondante, délire violent. Injection le 31 juillet, état reste grave, pas de formation d'abcès ; température à grandes oscillations ; le pronostic est sombre, sérum, caféine, huile camphrée ; le 3, nouvelle injection : les phénomènes

nerveux cessent ; le pouls se relève, la température se maintient aux environs de 37°5; incision le 7, pus abondant ; l'amélioration s'accentue, le malade entre en convalescence et sort à la fin d'août.

Obs. 19.— Mohamed Tahar ben Mohamed, colporteur, entre au lazaret le 25 juillet. Typhus à forme adynamique, état grave, injection le 28, pas de réaction ; état grave, nouvelle injection le 31, incision le 6 août, issue de pus grisâtre bien lié ; la plaie donne beaucoup les jours suivants, amélioration progressive, guérison le15.

Obs. 20. — Améziane Taieb s. profession, entre en lazaret le 15 juillet pour typhus, état général grave, 1 cc. piqûre; injection le 17 ; seconde piqûre le 21, incision le 27, pus abondant, la température baisse aussitôt et l'amélioration se produit rapidement.

Obs. 21. — Lahma Jounès ben Mohamed, moissonneur, 25 ans. Ce malade entre au lazaret le 20 juillet, état général très grave, température à grandes oscillations, battements du cœur très sourd, pouls petit dépressible, très rapide, éruption abondante, prostration complète. Première injection le 21, pas de réaction ; nouvelle injection le 25, pas de résultat. Devant les accidents de collapsus on fait plusieurs fois par jour des injections de caféine, huile camphrée, on donne des lavements de sérum. L'état est désespéré, on tente une nouvelle injection le 28 ; pas de résultat. Les grands oscillations de température de 35 à 40°, se maintiennent. Le 3 août le malade succombe. (Voir le tracé thermique.)



Obs. 22. — M. Ahmed ben Amar, portefaix, 40 ans, entre au lazaret le 16 juillet, pour typhus grave à forme adymique. Température à grandes oscillations, pouls très rapide, exanthème très abondant. Première injection le 17 juillet, résultat négatif. L'incision pratiquée le 20 amène l'issue de sérosité louche, de pus mal lié très peu abondant. Nouvelle injection le 21, légère amélioration des phénomènes généraux, le malade se relève peu à peu ; la convalescence a été très lente.

Obs. 23. — Benhadjla Faihal ben Rabah, journalier, 22 ans, entre au lazaret le 23 juillet pour typhus. Sym-

ptômes très nets. Injection le 23, incision le 28 ; l'état général restant stationnaire, nouvelle piqûre le 28. Incision le 30, issue de pus abondant ; le 3 août, le malade est guéri et sort.

Obs. 24. — Saïd ben Amar, tailleur, 28 ans. Entre au lazaret le 22 juillet. Typhus très net, éruption pétéchiale très apparente. Injection le 23, incision le 27, le malade sort guéri le 10 août.

Obs. 25. — Nadj Salah, revendeur, entre le 29 août. Typhus grave, symptômes nerveux très marqués, délire à tendance ambulatoire. Injection le 31, incision le 4 sept. Le 10 septembre, le malade est guéri.

Obs. 26. — Ali ben Messaoud, journalier, entre au lazaret le 29 août. Typhus grave. Injection le 26, incision le 30 août. Pus abondant. Chute de la température, convalescence rapide.

Obs. 27. — Ladj Ali ben Genissou. Entre au lazaret le 10 août pour typhus avec symptômes nerveux très marqués. Tremblements, délire violent. Injection le 13, incision le 16. Atténuation consécutive des phénomènes généraux. Le 23, le malade entre en convalescence.

Obs. 28. — Lezaar Tahar, portefaix, 30 ans. Entre au lazaret le 12 juillet avec le diagnostic de typhus. Début par céphalalgie, rachialgie, lassitude générale, vomissements, éruption caractéristique, état grave, délire violent à forme ambulatoire. Le malade se lève et cherche à fuir, il parvient à s'évader de la tente baraque, instal-

lation de fortune nécessitée par l'extension rapide de l'épidémie. Il se sauve ainsi dans les bois de pins qui entourent le lazaret, on le retrouve au prix de grandes difficultés, et les infirmiers le ramènent à son lit, épuisé. Une épistaxis abondante se produit alors.

Première injection le 17, l'état grave persiste, on ne sent pas la réaction inflammatoire au niveau de l'injection ; on pratique une nouvelle injection le 19 ; le 23 juillet on incise l'abcès, issue d'une sérosité noirâtre ; le lendemain seulement la plaie donne issue à du pus bien lié, abondant. L'état général s'améliore rapidement ; la température qui était de 40°5 le jour de l'injection tombe à 35°5 le 24 juillet. Le 27 juillet, les deux plaies sont en bon état de guérison, le malade ne délire plus, la langue est humide et Lezaar demande instamment à manger. Il sort guéri le 10 août.

Obs. 29. — Saïd ben Amar, 33 ans, moissonneur, typhus grave. Le malade entre le 24 juillet dans le coma. Injection le 25, pas de réaction. Décédé le 27.

Obs. 30. — Zaalet ben Ali, 35 ans, journalier, typhus grave chez un tuberculeux, signes cavitaires très nets, cachexie. Injection négative. Meurt le surlendemain.

Obs. 31. — Djeddia Alvenahman. Entre le 12 juillet au lazaret avec signes de typhus. Le malade atteint déjà d'hémiplégie gauche est dans un état désespéré. Eruption confluente. Injection négative le 13. Grandes oscillations thermiques. Décédé le 16.

Obs. 32. — Ahmed ben Rubech, maçon, 45 ans. Entre

au lazaret le 13 juillet et le jour même fait une attaque d'épilepsie avec cris, perte de connaissance, convulsions toniques et cloniques. Les symptômes du typhus sont très nets, éruption abondante, température élevée. Injection le 13 négative. Pas d'abcès ; le 19, chute brusque de la température, pouls imperceptible, hypothermie. Le malade succombe.

Obs. 33. — Bouchouche Ali, journalier, entre au lazaret le 2 juillet pour typhus grave. Céphalalgie. Congestion de la face. Vomissements, température élevée, délire violent, l'éruption est très nette le 6 juillet ; la langue est sèche, rôtie, la rate grosse, signes de catarrhe bronchique. Injection le 7 ; on sent une légère réaction inflammatoire au niveau de l'abcès le surlendemain, mais l'incision ne donne issue qu'à une faible quantité de pus mal lié. Le pouls s'accélère, la fièvre apparaît avec frisson et violent point de côté. Une complication pulmonaire se déclare. Foyer de pneumonie à la base gauche, matité, exagération des vibrations vocales, mort 48 heures après. Autopsie. A la base du poumon ganche, lésion d'hépatisation rouge, exsudat fibrineux à la pression ; on retrouve aussi au sommet des lésions tuberculeuses en voie de ramollissement.

Obs. 34. — Lakiar ben Macoub, 45 ans. Typhus grave, délire violent. Injection le 16, incision le 19. Guérison complète le 25 juillet.

Obs. 35. — Mahouk ben Nacem. Typhus avec phénomènes nerveux très marqués. Eruption abondante, injection le 7 juillet, incision le 11. Guérison le 18 juillet.

Obs. 36. — Taoumi ben Embarek, camionneur. Typhus grave, éruption abondante, délire furieux. Relâchement des sphincters. Injection le 7 juillet, incision le 11. Guérison le 15.

Obs. 37. — Gallache Larbi, entre au lazaret le 5 juillet. Typhus très net. Injection le 9, incision le 13. Guérison.

Obs. 38. — Ali ben Kadoun, revendeur, 35 ans, entre le 14 juillet. Typhus à évolution normale. Injection le 17, incision le 20. Guérison rapide.

Obs. 39. — Ben Reijane, tailleur, 27 ans, entre le 29 juin. Injection le 3 juillet, incision le 7. Guérison rapide.

Obs. 40. — Gnedj Taita. 30 ans, s. p. Typhus grave. Ire injection le 28. pas d'abcès, 2e injection le 31. Incision de l'abcès le 3 août, pus abondant. Guérison le 9 août.

Obs. 41. — Leiris Caroline, infirmière. Typhus grave. Forme adynamique, début de la maladie le 10 juillet. Première injection négative le 13. Deuxième injection le 19. Issue le jour suivant de pus abondant. Guérison rapide.

Obs. 42. — Rosalie Nabeth, ménagère, 38 ans. Entre le 31 juillet. Injection le 1er août, incision le 4. Guérison le 10.

Obs. 43. — Fatmah ben Salah, 27 ans. Entre le 26 juillet. Typhus confirmé. Première injection le 28,

deuxième injection le 31, incision le 3 août. Guérison le 10.

Obs. 44. — Bourmia ben Ahmé, 16 ans. Typhus confirmé. Injection le 15 juillet, incision le 19. La malade sort guérie le 30.

Obs. 45. — Temine ben Aissa, sans profession, 45 ans. Entre au lazaret le 4 septembre 1909. Symptômes de typhus encore peu prononcés, quelques taches rosées, température peu élevée, rate grosse. On met le malade en observation, brusquement la céphalalgie, la rachialgie se montrent, un frisson violent se déclare, la température atteint 40°, la prostration s'accentue, l'éruption apparaît nettement, macules rougeâtres, arrondies, non saillantes. Ventre souple. Langue sèche, rôtie, les taches se forment et ne s'effacent plus sous le doigt. Injection le 6 septembre de 1 cc. de térébenthine à la cuisse gauche. Le pus se collecte rapidement, on incise le 11, pus abondant bien lié. Aussitôt amélioration notable de l'état général, chute de la température ; le 15 le malade s'alimente et entre en convalescence. Guérison rapide.

Obs. 46. — Lazebba Rabah, journalier. Entre au lazaret le 1er octobre 1909. Typhus grave, éruption confluente, température basse, pouls imperceptible. Injection le 2 octobre, état désespéré, le malade meurt dans la journée sans avoir repris connaissance depuis l'entrée.

Obs. 47. — Riols Marie, concierge, 43 ans. Entre au lazaret le 28 octobre avec le diagnostic de fièvre, continue état grave, délire continue, hallucinations, taches pétéchiales abondants. Le malade présente des symptômes

notables d'éthylisme, tremblements, cauchemars. Injection le 29, le lendemain la piqûre n'a même pas laissé de trace ; nuit mauvaise, très agitée. La malade succombe à 2 heures du matin.

Obs. 48. — Taoussa ben Mahomed, 25 ans, entre au lazaret le 9 novembre avec son mari, tous deux sont dans un état très grave et présentent des symptômes de typhus très accentués, prostration complète, délire, éruption abondante, température élevée 40°5. L'homme meurt le lendemain ; on pique la malade, les symptômes ne tardent pas à s'amender, et le 16, on excise un abcès avec pus abondant. La température tombe en lysis, la langue devient humide, la malade entre en convalescence.

Obs. 49. — Miloud ben Ahmed, 30 ans, typhus grave, entre au lazaret dans un état comateux. Injection le 6, incision négative le 11, pas d'abcès, le malade succombe.

Obs. 50. — Gamberoni Ernest, maçon, 20 ans. Entre au lazaret le 4 novembre. Symptômes de typhus très marqués, prostration, pétéchies très apparentes, pouls dépressible; battements du cœur sourds, irréguliers, tendance à l'embryocardie, grandes oscillations thermiques, 36° le matin, 40° le soir de l'injection, pas d'abcès, état désespéré. Le malade meurt le 12.

Obs. 51. — Brahim ben Amor, 45 ans. Entre le 10 septembre dans un état comateux. Injection le 10. Pas d'abcès. Mort le 12.

Obs. 52. — Ben Abid ben Ahmar, 25 ans. Entre le

7 septembre, état grave, éruption confluente, on ne sent pas le pouls. Injection le 8. Mort le 11. Pas d'abcès.

Les derniers malades dont nous venons de donner une sommaire observation sont entrés au lazaret dans un état désespéré, à une période de la maladie trop avancée pour qu'on ait pu espérer un succès de la méthode térébenthinée.

Obs. 53. — Ktorza Isaac, passementier, 21 ans, entré au lazaret le 26 novembre. Typhus au 11e jour, forme grave, température élevée, injection le 27, incision le 2 décembre, le 13 le malade sort guéri.

Obs. 54.— Piroud Camille, garde-champêtre, entre au lazaret le 29 décembre, typhus au 12e jour, éruption généralisée, délire ambulatoire, idées de suicide, complications pulmonaires, dyspnée, expectoration sanglante. Pouls imperceptible, adynamie, injection le 29. Apparition de vomissements bilieux, grandes oscillations, hypothermie, décédé le 5 janvier ; l'injection a été négative, pas de traces d'inflammation.

Obs. 55. — Yacoubi ben Mohamed, 22 ans, typhus très net ; délire ambulatoire. Injection le 27, incision le 31 décembre, amélioration générale subite, l'abcès se ferme rapidement.

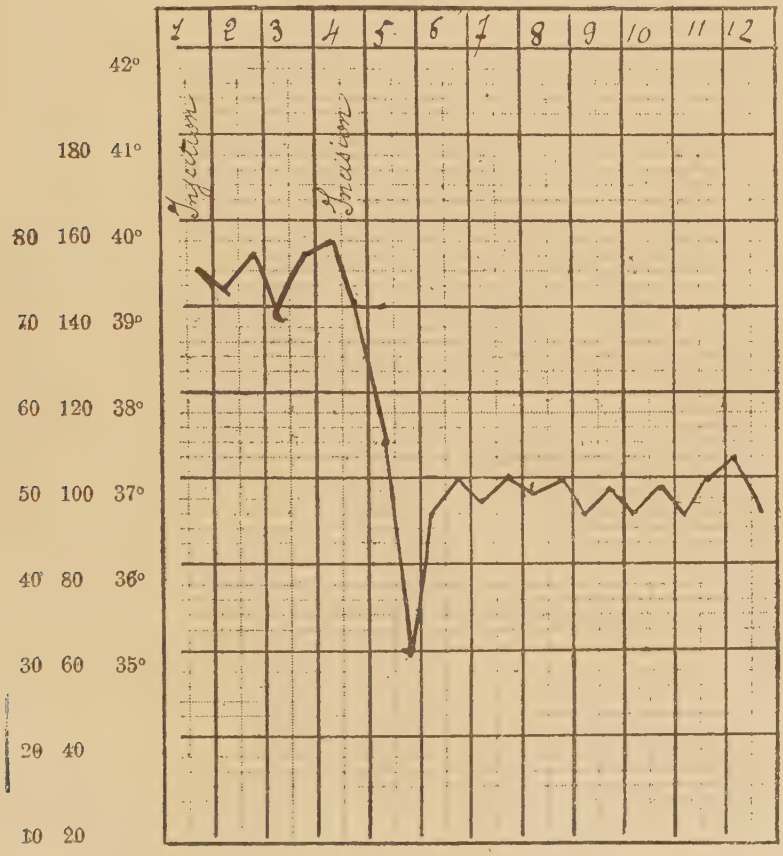
Obs. 56. — Rebecca Lamhi, 22 ans, typhus au 12e jour, rentré le 26 décembre, injection le 26, incision le 31. La température baisse, guérison rapide.

Obs. 57. — Salles Thérèse, blanchisseuse, 55 ans,

entre le 1er décembre avec typhus et évolution classique, Incision le 4, guérison le 11 décembre.

Obs. 58. — Piroud Marcel, 15 ans, typhus pétéchial très net. Température élevée, délire, le malade crie constamment ; injection le 16, incision le 21, une diarrhée profuse s'installe aussitôt ; la température baisse, l'amélioration générale se produit. Le malade est guéri le 25 décembre.

Obs. 59. — Ben Tahlat Mohamed, propriétaire, 45



ans. Entre le 1er novembre. Céphalalgie, rachialgie, délire, langue sèche. Injection de térébenthine, incision le 4. Amélioration rapide, guérison.

Obs. 60. — Hamani Gharmia ben Mohamed, 23 ans, sans profession. Entre au lazaret le 4 janvier 1910, avec le diagnostic de typhus.

L'examen de la malade nous montre en effet une éruption pétéchiale couvrant l'abdomen et la région lombaire. La malade est très affaissée.

Début il y a 4 jours par de la céphalée, de la rachialgie; à l'entrée, la température est de 38°2, le pouls bat à 100, mou, dépressible, on fait une injection de térébenthine.

Le lendemain, la température est de 37°4, l'état général est toujours mauvais, l'abattement, la prostration sont toujours très accentués; le surlendemain, 6 janvier, la température a encore baissé et atteint à peine 35°6.

Du 7 au 10 : la température reste basse, l'état de la malade est très grave, la prostration est toujours marquée, la température oscille entre 35°8 et 36°2. Les battements cardiaques sont sourds, le pouls bat à 100, toujours petit, dépressible.

Le 10 : Incision de l'abcès de fixation, issue d'une grande quantité de pus grisâtre.

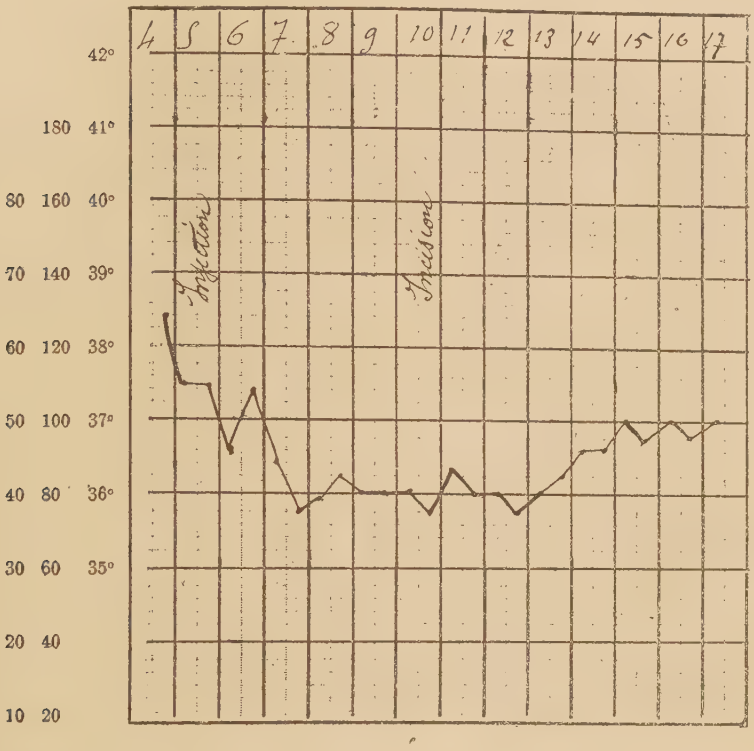
Le 11 : Légère amélioration de l'état général, la malade semble aller mieux, la nuit a été plus calme.

Le 12 : L'amélioration semble persister, mais le cœur est à surveiller.

Le 12 : L'amélioration s'accentue, la température marque 36°2.

Le 14 et 15 : La malade nous étonne par son rétablis-

sement complet. L'abcès ne donne presque plus, la température est normale. La malade entre en convalescence.



Obs. 61.— Zafran Amor, 37 ans, entre au lazaret le 19 janvier, malade depuis 10 jours ; début par maux de tête, courbature, diarrhée, éruption pétéchiale sur le tronc et l'abdomen, taches lenticulaires, température 40°, pouls petit, fréquent, à 120. Bruits cardiaques assourdis, foie et rate débordent les fausses côtes, langue chargée, fuligineuse, injection de 1 cc. de térébenthine.

20 : Etat toujours grave, le malade tousse et crache ; à l'auscultation, râles de bronchite ; urine très albumineuse 1 gr. 50, température m. 39°4, s. 39°2.

21 : Nuit agitée, pouls petit, mou, stupeur très pronon-

cée : caféine, huile camphrée. T. m. 39°4 ; s. 39°, injection négative, pas de pus.

22 : Cœur ne bat plus, pouls imperceptible, pronostic très sombre, le malade meurt dans la soirée, donc forme grave sans rémission, terminaison brusque, myocardite et complications bronchitiques. Cet homme, d'après sa famille, était un alcoolique avéré ; il aurait même eu la syphilis il y a quelques années.

Obs. 62. — Zafran Bakench Zaïra, 37 ans, entre au lazaret le 18 janvier. Malade depuis trois semaines, débuts par maux de tête, rachialgie, diarrhée. Eruption pétéchiale généralisée au tronc et l'abomen. Taches brunâtres de la grosseur d'une forte tête d'épingle. Foie et rate débordent. Langue chargée à enduit brunâtre. Température à l'entrée 38°. Pouls rapide à 160. Injection de 1 cc. de térébenthine.

19 janvier : Etat stationnaire. Temp. 38°2-38°4, pouls 116.

20 janvier : Ce malade est toujours très abattu, l'injection conjonctive est négative ; on refait une nouvelle injection. Température 39°2-38°6. Pouls à 120.

21 janvier : Température 38°2-38°6. La stupeur est moins marquée, le malade répond aux questions qu'on lui pose. Urines rouges troubles. A l'auscultation, bruits assourdis.

22 janvier : L'amélioration se continue. Temp. 37°8-37°2. Incision de l'abcès, issue de matières sanguinolentes. Pas beaucoup de pus.

23 janvier et jours suivants : Le malade quoique très affaibli entre en convalescence.

Le 30, la plaie est fermée. Le malade demande à sortir.

Obs. 63. — Cottes Georges, infirmier, 25 ans, tombe malade le 11 février. Début il y a 5 jours, le malade se réveille courbaturé, mal à l'aise, il fait tout de même son service.

Le lendemain il ressent plusieurs frissons, et se plaint de maux de tête ; malgré les conseils donnés il ne s'alite pas, mais le surlendemain la fièvre s'allume, la faiblesse augmente ; facies hébété, teint subictérique des conjonctives. Temp. 38°8, pouls rapide à 120.

Le 5 février, le malade n'a pas dormi ; violente céphalée, rachialgie persistante. On découvre sur le tronc du malade plusieurs éléments éruptifs, quelques pétéchies brunâtres sur la fosse iliaque gauche. Temp. 39°-39°8, pouls à 120.

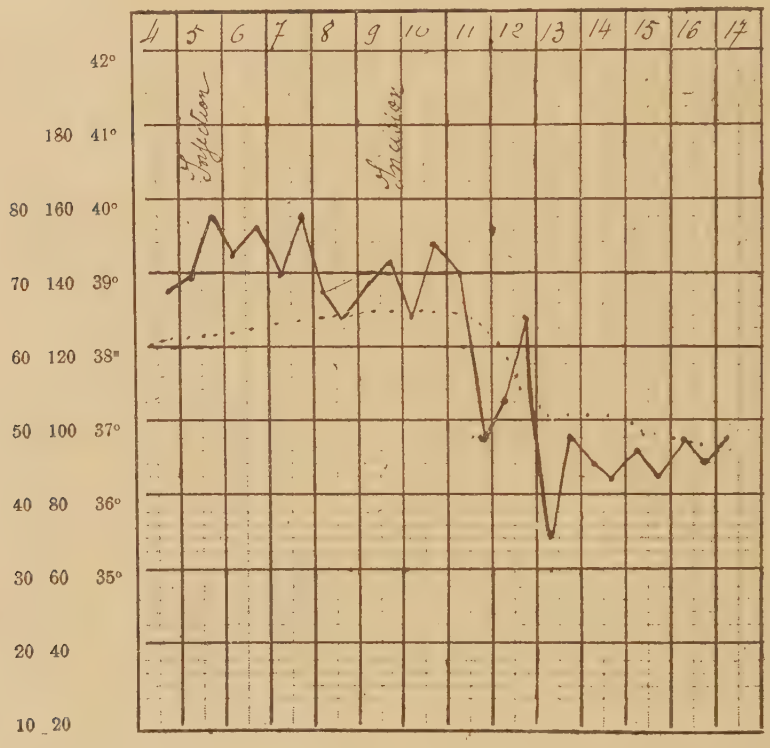
6 et 7 février. — Le tableau du typhus est caractéristique, prostration marquée, température élevée entre 39° et 39°8, foie et rate débordent les fausses côtes, ventre souple, quelques vomissements.

8 février.— La maladie évolue, toujours sous le même tableau, l'éruption pétéchiale est très apparente, couvre le tronc, l'abdomen ; le malade se plaint de sa gorge, sensation de sécheresse pénible, toux fréquente, expectoration muco-purulente teintée de sang, stupeur très prononcée. L'injection est douloureuse. Temp. à 38°8-38°, pouls à 130. Urines albumineuses, peu abondantes ; le malade est très abattu, il faut le forcer à boire.

9 février.— Etat stationnaire, incision de l'abcès, issue de pus grisâtre bien lié. Temp. 39°2 le soir.

10. — Le malade paraît moins affaissé, il dit se sentir mieux, la langue est humide, l'abcès donne beaucoup, la céphalée est moins violente, la température se relève, le pouls est petit, mou; huile camphrée.

11 février : Amélioration notable de l'état général ; le malade plus éveillé se plaint de ne point entendre. Pouls rapide mais plus ferme. La diurèse s'installe, l'abcès donne encore du pus. Température 39°-36°8. Bruits du cœur assourdis. Huile camphrée.



12 février : Nuit excellente. Urines abondantes. Selle diarrhéique. Température 37°2-38°2. Le pouls mieux frappé bat à 100. L'abattement a disparu. Le malade nous demande à manger. L'état général est très satisfaisant.

13 février : Amélioration progressive. Pouls à 100. Température basse 35°5. Les symptômes généraux ont disparu. L'éruption a pâli.

14 février : L'abcès ne donne plus. Température 36°2.

15 février et jours suivants : L'amélioration s'accentue. Quelques troubles nerveux, hallucinations, cauchemars.

Le 20, le malade entre en convalescence. La plaie est cicatrisée. L'analyse des urines a donné : urines chargées, dépôt abondant, urée 36,512, pigments biliaires, bilirubine, scatol quantité notable, albumine 0,250.

Obs. 64.— Boudjada Mohamed, étudiant, 18 ans, entre au lazaret le 18 mars ; malade depuis deux jours, début par céphalée, abattement, température peu élevée 37°2, pouls rapide à 100, pas de pétéchies apparentes, langue peu chargée, injection de térébenthine (1 cc.), à la cuisse droite.

19 mars : Etat stationnaire, abattement persiste ; les maux de tête persistent, température 37°6-37°8.

21 mars : Incision de l'abcès, issue de grande quantité de pus, la prostration est toujours marquée, les maux de tête sont moins violents : le pouls est mieux frappé à 90, température 37.

23 mars et jours suivants, amélioration progressive, le malade se lève et veut sortir.

Obs. 65.— Bouagneb Abdalah, 70 ans, entre au lazaret avec le diagnostic typhus, le 12 février. État grave, délire violent, température à l'entrée 38°2, l'éruption pétéchiale est difficilement visible, vu le teint bronzé du malade ; mais à la face interne des avant-bras, au pli du coude, présence de pétéchies lenticulaires.

Toux continuelle, râles de bronchite, rythme cardiaque accéléré, assourdissement du 1er bruit, injection de 1 cc. de térébenthine à la cuisse droite.

13 février : Prostration très marquée, pouls rapide,

mou, dépressible, battant à 120, température 38°2 et 36°, langue sèche, fendillée.

14 février : Conjonctives injectées, température élevée à 38°6. La 1re injection n'ayant donné lieu à aucune réaction on a fait une deuxième injection.

15 février : État stationnaire, pas de réaction purulente, température 38°4, pouls à 100.

16 février : Amélioration notable de l'état général. Incision de l'abcès, issue de grande quantité de pus. On constate de la cyanose du nez, des oreilles et des plaques violacées au menton, au front.

Le 17 février, l'amélioration persiste. L'abcès donne peu de pus. Pouls mieux frappé. Température à 37°. On constate des lésions de gangrène au niveau des orteils.

Le 20 février, le malade est guéri. La plaie se cicatrise.

Nous pratiquons l'amputation un mois après. Opération le 15 mars. On enlève les trois derniers orteils du pied gauche et le gros orteil du côté droit.

Obs. 66. — Ktorza Anna, 25 ans, ménagère, entre le 2 février au lazaret, malade depuis 6 jours. Il y a une quinzaine de jours cette femme est allée laver le linge et la maison de sa tante actuellement en traitement au lazaret; le mari de celle-ci est mort il y a deux semaines des suites du typhus.

Début par violents maux de tête, courbatures, maux de reins, température à l'entrée 38°2.

Le 3 février : Etat typhique. Facies vultueux, langue sèche, violents maux de tête. Nuit agitée, la malade a crié et pleuré durant une partie de la nuit, pouls rapide à 120.

L'injection pétéchiale est très apparente, ces taches se

rencontrent sur l'abdomen, les bras et les cuisses, elles sont de forme lenticulaire, de couleur rouge vineuse. Température 40°-40°2. Injection de 1 cc. de térébenthine à la face externe de la cuisse.

4 février : Etat stationnaire, température élevée 40°-40°1, pouls rapide à 120. Une nouvelle poussée de pétéchies est observée au niveau de l'épigastre et de la région sternale, on la rencontre jusqu'au cou. Urines brunes légèrement chargées, au tube d'Esbach la quantité d'albumine mesure 0,25.

5 février : Nuit agitée. Céphalée persistante, douleurs lombaires très accentuées. Langue sèche, rôtie. Pouls à 120, température 39°9-40°2, la jambe au niveau de l'injection est douloureuse.

6 et 7 février : Etat stationnaire. L'éruption pétéchiale est très apparente, elle est même confluente, couvrant le tronc, l'abdomen et les membres. Nouvelle injection de térébenthine, le délire est très marqué, le malade se plaint violemment de la tête, pouls à 120, la température est de 39°2.

8 février : Nuit agitée, la malade ne paraît pas mieux aller, elle gémit continuellement et appelle ses parents à son secours. La température a baissé à 38°2. Incision de l'abcès, issue d'un petit bourbillon.

9 février : Nuit agitée, huile camphrée, température 37°2.

10 février : Nuit très mauvaise. Le pouls est difficilement perceptible, nouvelle injection de térébenthine, huile camphrée. Malgré la chute notable de température, la malade dit se sentir très mal.

11 février : Nuit encore très agitée, la diarrhée apparaît, séreuse, jaune verdâtre ; l'abcès de la cuisse incisé ne donne pas de pus.

12 février : Etat stationnaire, température 38°2-38°1, pouls à 130.

13 février : Le mieux relatif de la veille n'a pas duré, la nuit a été mauvaise, la malade a crié constamment, appelant au secours; elle reproche à ses voisines de lit de l'abandonner. La température de la journée a oscillé entre 37 et 38°.

14 février : La situation a empiré brusquement, le délire est plus violent, la malade menace toute la salle, elle se croit empoisonnée et demande un vomitif. La diarrhée verdâtre réapparaît, évacuations abondantes, involontaires. Le pouls n'est plus perceptible.

La deuxième piqûre faite le 8 n'a pas donné lieu à une collection purulente ; on a une sensation vague de gonflement. Au bistouri on tombe sur une région infiltrée, une sérosité louche abondante se dégage de la plaie, il n'y a pas de pus organisé. Dans la soirée, tout le pansement de la cuisse est traversé.

Caféine, huile camphrée.

Les vomissements ne s'arrêtent plus, la dyspnée apparaît, le pouls est petit, presque imperceptible ; diarrhée jaune verdâtre, facies péritonéal, nez pincé, visage tiré, refroidissement des extrémités. Les vomissements et la diarrhée persistent répétés, abondants.

Les pétéchies ont pris une teinte noirâtre. La malade meurt dans la nuit.

Obs. 67. — Zazi Sari ben Saïd, 25 ans, cultivateur, entre dans l'après-midi du 4 mars, malade depuis 10 jours, il nous arrive dans un état de prostration et nous présente du tremblement des lèvres et des mains, langue sèche, pouls peu perceptible, paroles incohérentes, conjonctives injectées. Le corps présente de

nombreuses pétéchies, couvrant l'abdomen et les membres. La rachialgie et la céphalalgie sont très prononcées. Le malade tousse fréquemment ; à l'auscultation, râles bronchitiques disséminés, submatité aux 2 bases.

6 mars : Etat grave, température toujours élevée 39°-39°6.

7 mars : Les phénomènes pulmonaires semblent prédominer, submatité, en arrière râles de congestion et sibilants disséminés, en avant râles secs, à droite et en arrière souffle au 1/3 supérieur, râles généralisés, température 37°5-39°, expectoration muco-purulente ; crachats striés de sang, légèrement rouillés et adhérents : en même temps est apparue une forte dyspnée, le pouls est toujours rapide et bat à 100. Toux violente. Subictère des conjonctives. Injection sous-cutanée de 1 cc. de térébenthine. Thérapeutique symptomatique. Café, lait, ventouses. Température 39°. Nombre de respirations 42.

Le lendemain on a déjà une poche purulente très bien collectée ; l'injection a été positive. On entend nettement les râles crépitants. La submatité est marquée, le souffle a disparu. Augmentation des vibrations ; expectoration abondante.

8 mars : Incision de l'abcès, issue d'une grande quantité de pus. Le malade est moins abattu et se sent mieux.

9 mars : Nuit bonne, état général satisfaisant, la langue est humide et commence à se dépouiller.

10 mars : La température est normale, mais la faiblesse est toujours accentuée.

11 mars : Râles sous-crépitants encore perceptibles aux bases. Ventouses.

12 mars et jours suivants : L'amélioration persiste, la toux et l'expectoration ont à peu près disparu.

Température 37°. Pouls bien frappé à 90.

L'abcès donne encore un peu.

15 mars : La plaie est cicatrisée, la malade demande à sortir.

CONCLUSIONS

I. — Le typhus est une maladie infectieuse, épidémique, contagieuse, une toxhémie caractérisée par la fièvre élevée, l'état typhoïde et l'éruption.

II. — L'agent infectieux du typhus est encore inconnu ; notre ignorance de la cause intime de la maladie rend très incertaine la façon dont il se propage. Ni l'air, ni l'eau ne sont les véhicules habituels du contage. On sait maintenant que la transmission a lieu principalement par les parasites, en particulier par les poux.

III. — Le point capital de la prophylaxie est la recherche et l'isolement des cas signalés, l'emploi de tous les procédés de désinfection dirigés contre les malades et les objets souillés par lui, et surtout les parasites qui ont pu le piquer.

IV. — De toutes les méthodes de traitement préconisées dans le typhus, la méthode des abcès de fixation,

que nous avons employée à l'exclusion de toute autre médication, nous a donné le maximum de guérison (82 à 86 °/₀). C'est en outre une méthode simple, à la portée de tout le monde, n'offrent aucun danger, ne provoquant aucune complication.

BIBLIOGRAPHIE

Broc. — Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux, 24 déc. 1909.

Colin. — Bull. de l'Acad. de méd., 11 avril 1893.

Chantemesse. — Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux, 30 juin 1893.

Combemale. — Société méd. des hôpitaux, 30 juin 1893.

Conseil. — Le typhus exanthématique à Tunis, épidémie de 1906 (Thèse de Paris, 1907).

De Brun. — Le typhus à Beyrouth en 1893 (Bull. de l'Académie de médecine, août 1893).

Franco. — Le typhus exanthématique à Tunis (Thèse de Paris, 1893).

Compagnon. — Les bains froids dans le typhus exanthématique (Thèse de Lille, 1894).

Gardon (V.). — Rapport sur l'épidémie de typhus observée à Alger, 1909 (Bull. méd. de l'Algérie, septembre 1909).

Gillet. — Le typhus de Riantec, 1872 (Thèse de Paris).

Jaubert. — Etude clinique sur le typhus exanthématique (Bull. de la Soc. de méd militaire française, 1909).

Jaccoud. — Pathologie interne, t. III.

Maurin. — Le typhus des Arabes, 1873.

Morsly. — Le traitement du typhus exanthémique par les abcès de fixation (Bull. de la Soc. de path. exotique, octobre 1909).

Nicolle (C.). — Reproduction expérimentale du typhus exanthématique chez le singe (C. R. de l'Acad. des sc., juillet 1909).

— Annexes de l'Institut Pasteur de Tunis, 1909.

Nicolle, Comte, Conseil. — Transmission expérimentale du typhus exant. par le pou de corps (C. R. Acad. des sc., septembre 1909).

Pignet. — Essai d'inoculation du typhus exanth. aux petits animaux de laboratoire (Bull. Soc. pathol. critique, décembre 1902).

Porot. — Sur le typhus (Soc. méd. des hôpitaux de Lyon, février 1910).

Netter. — Traité de médecine Brouardel et Gilbert.

— Etiologie et prophylaxie du typhus exanthém., 7 juillet 1893 (Soc. méd. des hôpit.).

Quillié. — Le typhus exanthématique à Bône (Thèse de Montpellier, 1910).

Rouquet. — Le typhus exanthématique à Alger en 1894 (Thèse de Montpellier).

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 21 décembre 1910.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 20 décembre 1910.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!